



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização:

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A intervenção do enfermeiro no atendimento a adolescentes no âmbito da Consulta de Exame Global de Saúde (EGS)

Catarina Alexandra Fazenda Florêncio

2014





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização:

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A intervenção do enfermeiro no atendimento a adolescentes no âmbito da Consulta de Exame Global de Saúde (EGS)

Catarina Alexandra Fazenda Florêncio

Relatório de Estágio Orientado por:

Professora Maria Teresa Oliveira Marçal

2014

"Vista pelos jovens, a vida é um futuro infinitamente longo;
vista pelos velhos, um passado muito breve."

Arthur Schopenhauer

AGRADECIMENTOS

Este relatório reflete um percurso resultado de um esforço pessoal, que só se tornou possível pelo apoio de várias pessoas, as quais manifesto o meu mais intenso reconhecimento.

Ao Gonçalo, pela sua enorme compreensão, paciência e apoio demonstrado e, por me incentivar, principalmente nos momentos mais difíceis de todo este percurso.

Aos meus pais, irmã e sobrinha, pela motivação e por acreditarem em mim.

À Professora Maria Teresa Oliveira Marçal, pela orientação incitadora, pela disponibilidade, compreensão e paciência.

A todos os enfermeiros dos locais de estágio por onde passei, pela forma como me receberam e transmitiram os seus ensinamentos, e em particular à Enfermeira Arminda, pelo acompanhamento atento e amigável, por me enriquecer com a sua experiência.

Aos adolescentes, pela sua colaboração e disponibilidade, por partilharem as suas vivências.

A todos os meus amigos, pelo tempo negligenciado, mas que ainda assim, me deram força para continuar.

E a todos os colegas de curso, por todos os momentos bem passados e pela partilha de experiências.

A todos o meu muito obrigado.

RESUMO

O presente relatório insere-se no Curso de Mestrado e Pós Licenciatura na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, reflete um percurso realizado em diferentes contextos de aprendizagem, tendo por base as necessidades identificadas, as atividades implementadas e a aquisição de competências profissionais enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP).

Sendo a adolescência considerada um período da vida marcante no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que poderão influenciar a saúde dos indivíduos no futuro, o EESIP tem um papel preponderante na implementação de cuidados de qualidade, quer pelo conhecimento aprofundado que detém na área de especialização, quer pelas competências específicas adquiridas que lhe permitem estar desperto para a abrangência dos cuidados aos adolescentes. A temática transversal a todo este percurso foi “A intervenção do enfermeiro no atendimento a adolescentes no âmbito da Consulta de Exame Global de Saúde (EGS)”.

O EGS preconizado pela Direção Geral da Saúde (DGS) é uma oportunidade para o enfermeiro responder de modo integrado às necessidades de saúde dos adolescentes , promovendo comportamentos saudáveis e prevenindo a doença. Na interação enfermeiro-adolescente, são identificadas estratégias de cuidados, as necessidades de suporte nos processos de transição vivenciados e a implementação de intervenções que promovam uma transição saudável. Durante todo este percurso sustentei a minha prática no modelo teórico de Afaf Meleis, pelo fundamento e articulação dos seus conceitos, que considerei serem adequados às características deste grupo.

Como objetivos gerais pretendi desenvolver competências na mobilização dos processos e modelos de intervenção de enfermagem adequados à prestação de cuidados específicos a crianças, jovens e famílias e desenvolver metodologias de atendimento ao adolescente que, promovendo os conhecimentos da equipa de

enfermagem, contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados, no meu local de trabalho.

Nos diferentes locais de estágio, desenvolveram-se atividades e instrumentos perante as necessidades identificadas e os objetivos delineados, para o desenvolvimento de competências especializadas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Palavras- chave: enfermeiro especialista, adolescente, transição, exame global de saúde, atendimento

ABSTRACT

The present report is a part of the Masters Degree in Pediatrics and Child Health Nursing Speciality and reflects the work done in different learning contexts having as background the identified needs, the implemented activities and the acquisition and development of professional competences as a future Specialist Nurse in Pediatrics and Child Health (SNPCH).

Being adolescence considered as a crucial and marking period of life in the development and integration of conducts and behaviors that may influence one's health in the future, the SNPCH has an important role in the implementation of quality care, through the deep knowledge in its area of expertise and through the acquired specific competences that allow it to be aware to the wide range of care in adolescents. Given this, the thematic throughout this work was "The intervention of the nurse in attending adolescents in the ambit of the Global Examination of Health Consultation (GEHC)".

The GEHC recommended by the General Health Direction (GHD) is an opportunity for the nurse to attend the health care needs of adolescents, promoting healthy behavior and preventing illness. Through the interaction nurse-adolescent, strategies of care are identified, the needs of support in the transition processes and the implementation of interventions that promote a healthy transition. Given this, throughout this process I have sustained my practice in the Afaf Meleis theoretical model, through the fundament of its concepts and definitions that I have considered to be the most suitable to the characteristics of this stage.

As general objectives I tried to develop competences in the mobilization of processes and nursing intervention models suitable to the specific health care methods given to children, adolescents and families and develop methodologies in attending adolescents and the scientific knowledge of the nursing team, to improve the quality of care in my workplace.

In the different locations of the internship, activities and instruments were developed according to the identified needs and the defined objectives for the development of specializing competences in the specialized field of intervention in Nursing in Pediatrics and Child Health.

Key Words: Specialist Nurse, Transition, Adolescents, Global Examination of Health Consultation, Attendance

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO.....	13
1. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	16
2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO.....	19
2.1 A concepção de Adolescência e os Processos de Transição Vividos Pelo Adolescente	19
2.2 Necessidades e Problemas de Saúde dos Adolescentes	24
2.3 A Enfermagem e os Princípios Orientadores de Atendimento ao Adolescente	26
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO EM ESTÁGIO	31
3.1. Mobilização de processos e modelos de intervenção de enfermagem adequados à prestação de cuidados específicos a crianças, jovens.....	32
3.2. Metodologias de atendimento ao adolescente: formação da equipa de enfermagem e melhoria da qualidade dos cuidados	54
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS DURANTE O PERCURSO FORMATIVO.....	59
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

APÊNDICES

Apêndice I- Quadro resumo: As Teorias do Desenvolvimento e as Características da Adolescência

Apêndice II- Objetivos de estágio

Apêndice III- Atendimento a Adolescentes- caracterização dos locais de estágio

Apêndice IV- Cronograma de estágio

Apêndice V- Atendimento ao Adolescente: Guião de observação da interação enfermeiro- adolescente

Apêndice VI- Guião de entrevista semi-estruturada- Enfermeiro e Consentimento

Apêndice VII- Trabalho com os adolescentes sobre a sua experiência de hospitalização e interação com os enfermeiros- Aspectos a contemplar na prestação de cuidados

Apêndice VIII- Manual da Consulta de Enfermagem do Adolescente- EGS 12-13 anos

Apêndice IX- Plano de sessão

Apêndice X- Questionário de avaliação da sessão

ABREVIATURAS E SIGLAS

1º- primeiro

2º- segundo

cit. por – citado por

nº- número

pp. – páginas

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AMPP- Atendimento Médico Permanente de Pediatria

CE- Consulta Externa

Comp.- Competência

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção Geral da Saúde

EESIP- Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EGS- Exame Global de Saúde

EPE- Entidades Públicas Empresariais

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GOBP- Guias Orientadores de Boas Práticas

MGF- Medicina Geral e Familiar

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

OT- Orientação Tutorial

PQCEESCJ- Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

REPE- Regulação do Exercício Profissional do Enfermeiro

S- Seminário

SIJ- Saúde Infantil e Juvenil

SIP- Serviço de Internamento de Pediatria

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SO- Serviço de Observação

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

UMAD- Unidade Móvel Apoio Domiciliário

UCIEP- Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Pediátricos

USF- Unidade de Saúde Familiar

VD- Visitação Domiciliária

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório encontra-se inserido no Curso de Mestrado e Pós Licenciatura na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O relatório tem por base o estágio realizado entre 1 de Outubro de 2012 a 17 de Fevereiro de 2013, em diferentes contextos da prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao adolescente e família e, tem como finalidade dar a conhecer através de uma análise crítica e reflexiva, as atividades e estratégias implementadas durante o percurso formativo, para atingir os objetivos propostos, de modo a adquirir e a desenvolver competências pessoais e profissionais como futura EESIP. Pretende-se assim, que seja um momento de análise crítica e auto-reflexiva baseada na prática, ou seja, que permita desenvolver o raciocínio crítico face à praxis desempenhada.

Como enfermeira generalista, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), considero que ao longo dos últimos anos a profissão de enfermagem registou uma evolução ao nível da respetiva formação inicial, bem como uma crescente complexificação e dignificação do exercício profissional, o que veio a constituir uma aposta na qualidade e eficácia da prestação dos cuidados de enfermagem.

Deste modo, o Enfermeiro Especialista assume uma importância significativa na sua prática, dado seu conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº122/2011, Diário da República). Face ao enunciado, o EESIP assume um papel fundamental na intervenção “em torno de uma fase crucial do ciclo de vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade”. (Regulamento Competências Específicas, p.1)

A fase da adolescência é considerada uma fase do ciclo vital, caracterizada pela transição entre a infância e a vida adulta (Papalia, 2000, p.508) As mudanças inerentes a esta fase de transição, quer a nível físico, mental, cognitivo, psicossocial e cultural, podem despoletar momentos de crise, o que poderá conduzir ao desenvolvimento e à integração de condutas e comportamentos que poderão influenciar a saúde dos adolescentes no futuro.

Neste enquadramento e, pela transição que lhe é inerente, é por isso uma etapa do desenvolvimento do indivíduo que requer uma maior qualidade e eficácia na prestação de cuidados de enfermagem, ou seja, uma maior vigilância e participação ativa dos enfermeiros. Neste sentido, a missão dos enfermeiros no atendimento ao adolescente é facilitar os diferentes processos de transição que este experiencia, potenciando as relações interprofissionais na busca de soluções aos desafios encontrados. Para Meleis (2007), apenas o enfermeiro está capacitado para "articular as transições, as quais são biopsicossociais e não visa somente conhecer, mas a partir da utilidade do que conhece, explicitar formas para efetivamente utilizar este conhecimento".

A entrevista de enfermagem surge como a forma de utilizar todo o conhecimento do enfermeiro na abordagem global das "necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências" do adolescente. (GOBP nº2) Deste modo, o EESIP recolhe informações que lhe irão servir de auxílio na "detecção precoce e encaminhamento de situações que possam estar a afetar negativamente a vida ou qualidade de vida" do adolescente. (Competências Específicas EESIP, p. 1) Tendo em conta o descrito, o EGS é um momento importante da mobilização dos conhecimentos atrás referidos.

Estruturalmente o presente relatório encontra-se dividido por capítulos de forma a facilitar a compreensão do percurso desenvolvido. Assim sendo, tomei como ponto de partida uma breve contextualização e fundamentação sobre a temática escolhida, seguindo-se no terceiro capítulo uma fundamentação teórica que visa alicerçar o tema selecionado, apoiando-me no referencial teórico de Meleis que guiou todo o meu percurso. No quarto capítulo é apresentada uma descrição e análise do percurso formativo ocorrido nos locais de estágio selecionados, as

experiências inerentes e os objetivos e as atividades desenvolvidas no contexto da minha prática. No quinto capítulo apresentarei uma análise sobre o desenvolvimento de competências adquiridas e desenvolvidas durante o percurso formativo em estágio, nomeadamente as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EESIP. Por fim, tecem-se as considerações finais onde se reflete sobre todo o percurso descrito e as referências bibliográficas. Em apêndice e em anexo encontram-se os trabalhos elaborados que fundamentam as atividades aqui relatadas.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O ponto de partida deste relatório emergiu de um projeto de estágio, através do qual todo o investimento teórico decorrente do mesmo veio a servir de fundamentação para a aplicação das aprendizagens adquiridas e desenvolvidas no contexto dos estágios.

Como enfermeira a prestar cuidados numa USF, é conveniente começar por referir que os Cuidados de Saúde Primários, enquanto base do Sistema de Saúde, têm como pressupostos a prestação de cuidados a todos os grupos populacionais, garantindo a proximidade, a continuidade, a sustentabilidade, a acessibilidade, a eficácia, a participação e a equidade, visando a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação de todos os utentes. (OE, 2010) Assim sendo, é essencial que a equipa multidisciplinar garanta os princípios enumerados, garantindo a adequação dos cuidados de forma individualizada e contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados. Sendo a equipa de enfermagem responsável pelos cuidados da população em geral ao longo do seu ciclo vital, a adolescência assume características particulares por ser considerada uma fase de passagem entre a infância e a vida adulta. Precisamente pela transição que lhe é inerente, a adolescência é um grupo prioritário, o que requer uma maior vigilância e participação ativa na prestação de cuidados de saúde, de modo a que haja um desenvolvimento saudável.

Deste modo, ao delinear um projeto sobre “A intervenção do enfermeiro no atendimento a adolescentes no âmbito da Consulta de EGS”, considerei que sendo uma área de interesse pessoal, decorria de uma problemática diagnosticada segundo as necessidades identificadas no local de trabalho, relacionadas com o atendimento não organizado e não uniformizado, reconhecidos pela equipa de enfermagem. Considerei também que ao investir nesta temática estaria a trazer benefícios para os adolescentes, para os pais/cuidadores e para a equipa de enfermagem.

Para além dos motivos anteriormente descritos, a escolha do tema também se deve à sua inquestionável pertinência na conjuntura atual, onde se constata que os adolescentes não recorrem habitualmente aos cuidados de saúde primários, motivo pelo qual é descurada a vigilância da sua saúde. Esse fator relaciona-se com o facto da “adolescência e juventude são os períodos mais saudáveis do ser humano com menos índices de morbi-mortalidade em relação a outros grupos etários”. (GOBP nº2, p. 13) Prazeres (1998) refere que essa é uma das razões pelas quais os adolescentes recorrem pouco aos serviços de saúde. A mesma opinião é partilhada por Tavares e Fonseca (2009, p.155) que referem que “os adolescentes são um dos subgrupos pediátricos com maior taxa de absentismo/ abandono do acompanhamento nos serviços de saúde, em grande parte devido à reduzida prevalência de patologia neste grupo etário”. Contudo, os adolescentes constituem uma população vulnerável, uma vez que as transições vivenciadas pelos próprios, os seus momentos de descobertas, de emoções, de afetos e de conquistas, poderão constituir verdadeiros momentos de crise e conduzir a alterações que poderão condicionar o seu futuro.

Considerando o referido, a presença dos adolescentes nos serviços de saúde deve ser alvo de uma adequada abordagem, sendo essencial que os enfermeiros, ao partir das vivências e expectativas dos adolescentes, conheçam os seus hábitos, valores e necessidades. Neste âmbito do atendimento ao adolescente, a intervenção de enfermagem deve procurar abranger a “promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde, como para prevenir a doença (...)” (GOBP, p. 13). O EGS preconizado pela DGS é uma excelente oportunidade para o enfermeiro dar resposta às necessidades dos adolescentes de um modo integrado, garantindo a adequação dos cuidados de forma individualizada e desta forma contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e para o seu desenvolvimento saudável.

Para um melhor desempenho no atendimento ao adolescente, que vise a satisfação das suas necessidades e o seu bem-estar, a equipa de enfermagem deve apresentar competências conceptuais e técnicas na área da adolescência, o que exige conhecimento sobre a adolescência, treino, maturidade, domínio de

técnicas de comunicação adequadas e sensibilidade para compreender a realidade de cada adolescente.

Para este fim, é necessária a qualificação de profissionais de saúde, sensibilizados e despertados para olhar os adolescentes e o seu potencial reflexivo e participativo nos cuidados. Considera-se que o EESIP trabalha em parceria com a criança e família, para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

Foi neste pressuposto que tomei a decisão de fundamentar esta temática, considerando-a pertinente, atual e de grande responsabilidade para o EESIP, que deverá acompanhar as mudanças no adolescente dando uma resposta adequada às suas solicitações.

Depois de uma breve contextualização é importante apresentar os objetivos gerais que guiaram o meu percurso durante o contexto de prática clínica:

- Desenvolver competências na mobilização dos processos e modelos de intervenção de enfermagem adequados à prestação de cuidados específicos a crianças, jovens e famílias, com base na Teoria de médio alcance da transição de Meleis
- Desenvolver metodologias de atendimento ao adolescente que, promovendo os conhecimentos da equipa de enfermagem, contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados, no meu local de trabalho

2. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO

O enquadramento teórico tem a finalidade de dispor as teorias e os conceitos estudados na investigação de modo a fornecer uma justificação racional e uma perspetiva no estudo (FORTIN, 1999).

Assim, no presente capítulo irão ser abordadas a Conceção de Adolescência e os Processos de Transição Vividos pelo Adolescente, as Necessidades e Problemas de Saúde dos Adolescentes e A Enfermagem e os Princípios Orientadores de Atendimento ao Adolescente.

2.1 A conceção de Adolescência e os Processos de Transição Vividos Pelo Adolescente

A palavra adolescência vem do latim *adolescere* e significa “crescer”. A OMS define a adolescência como a idade compreendida entre os 10 e os 19 anos, sendo os 19 anos o limite da idade pediátrica. Esta entidade considera a adolescência como um processo biológico e heterogéneo, ou seja, um conjunto de percursos individuais traçado por cada adolescente, que contempla a pré-adolescência dos 10 aos 14 anos, e a adolescência propriamente dita entre os 15 e os 19 anos. (Organização Mundial de Saúde, 2011)

Embora a adolescência não possa ser considerada como uma etapa cronológica, pois cada adolescente traça o seu percurso individual, segundo Whaley e Wong (1999, p. 342) a adolescência pode mesmo ser subdividida em três períodos distintos: dos 11 aos 14 anos, dos 15 aos 19 anos e dos 18 aos 20.

É caracterizada como a fase de vida marcada pela transição entre a infância e a vida adulta, manifestada por profundas mudanças a nível físico, mental, cognitivo, psicossocial e cultural, como veremos adiante. (Papalia, 2000, p.508) Por este motivo, é considerada um período de transformação profunda onde são notórias as alterações biopsicossociais no crescimento e desenvolvimento físico e sexual, no desenvolvimento cognitivo, na construção da identidade e no desenvolvimento

moral. São alterações comuns aos adolescentes, embora o modo como essas alterações se processam varie de adolescente para adolescente. No **Apêndice I** apresenta-se um **quadro resumo das teorias do desenvolvimento e das características da adolescência, de que em seguida se apresentam os aspetos mais significativos.**

As alterações ao nível do crescimento e desenvolvimento físico e sexual caracterizam a fase da puberdade, envolvendo a mudança da aparência física, que poderá influenciar a auto-imagem do adolescente. Segundo Freud, este período é caracterizado pela Fase Genital, em que é construída a identidade sexual do adolescente, organizando-se a partir das interações com os pais e no seu contacto com o grupo de pares. É considerada uma fase de grande transformação, em que há uma grande variabilidade no desenvolvimento pubertário e na qual o comportamento sexual vai depender das mudanças físicas. (Sprinthall e Collins, 2008)

Segundo Erikson, a nível social o adolescente confronta-se também com uma problemática identitária ao nível da construção do seu eu, influenciada por novas formas de relação interpessoal e novas responsabilidades familiares e sociais. A relação de dependência que o adolescente apresenta da família é substituída por outros referenciais, como o grupo de pares, que assumem para ele uma relação mais significativa. Segundo o mesmo autor, nesta etapa o adolescente tem como meta a aquisição de uma individualidade, de uma identidade, levando-o a questionar-se sobre quem é e o que deseja ser, os valores pelos quais se rege, os interesses, as atitudes e os comportamentos. Esta tarefa é facilitada por uma maior autonomia que se caracteriza pela capacidade do adolescente conquistar o domínio de si próprio e obter um espaço mental para refletir e se relacionar fora da família. E, neste sentido, o grupo de pares constitui um mediador para o mundo externo, pois a identidade constrói-se nos modelos de identificação transmitidos pelo mesmo e nas experiências vividas. (Sprinthall e Collins, 2008)

No que se refere ao desenvolvimento cognitivo e social e, segundo Piaget, o pensamento torna-se mais elaborado e aperfeiçoa-se a capacidade de formular conceitos abstratos e raciocínios lógicos, que poderão modificar a representação

que o adolescente tem de si e do mundo que o rodeia. Segundo o mesmo autor, esta fase de desenvolvimento coincide com quarto estágio de desenvolvimento cognitivo, o pensamento operatório formal, caracterizado pelo raciocínio hipotético- dedutivo e simbólico. (Sprinthall e Collins, 2008) Neste sentido parece-me também pertinente referenciar Kohlberg. Segundo este autor, o desenvolvimento cognitivo condiciona o desenvolvimento moral do adolescente. A justiça é considerada o princípio moral básico e a essência da moralidade reside maioritariamente em considerações de igualdade, de equidade e em justiça e não no cumprimento ou violação de normas ou regras sociais. Representa um novo e mais compreensivo sistema de organização mental. (Sousa, P., 2006)

As mudanças mencionadas fazem com que a adolescência seja considerada uma fase de transição. Neste contexto, atendendo às alterações desta fase de desenvolvimento do indivíduo, escolhi como referência para este projeto o modelo de Afaf Meleis, pelo fundamento dos seus conceitos, que considereei serem as mais adequadas a esta fase. Este referencial teórico pretende ser um guia que norteia o caminho a ser seguido na prática profissional.

Para Meleis et al (2000) "a transição requer que o adolescente incorpore um novo conhecimento, para alterar o comportamento e, portanto, mudar a definição de si no contexto social". O processo de transição não é tanto a mudança mas sim a percepção da mudança. Apenas acontece quando o adolescente está consciente das alterações que estão a decorrer, seguido pelo compromisso em que está num processo de transição e empreende atividades como a procura de informação e apoio, identificando novas formas de viver e de estar, modificando as atividades anteriores fazendo sentido às circunstâncias. (Meleis, 2007). A falta de consciência significa que o adolescente pode não estar preparado para a transição (Meleis et al., 2000).

Segundo a mesma autora, as condições condutivas aos processos de transição estão basicamente ligadas a três tipos de transição: a desenvolvimental, a situacional e de saúde- doença. A transição desenvolvimental compreende períodos de mudança da vida considerados críticos, como a adolescência. A transição situacional está relacionada com acontecimentos inesperados ou não,

como a mudança de ambiente físico. A transição de saúde-doença ocorre quando a pessoa se depara com acontecimentos que alteram o estado de saúde e tem que conviver com a doença. Estes três tipos de transição pressupõem que a pessoa se defronte com uma nova situação e se procure adaptar à mudança. Tal facto poderá gerar instabilidade, produzindo deste modo efeitos negativos e profundas alterações, passageiras ou permanentes e deixar marcas no adolescente.

Apesar da diversidade das transições que poderão ocorrer no adolescente em simultâneo, algumas semelhanças podem ser percebidas. Estas similaridades foram denominadas por Meleis como propriedades universais das transições. As mudanças que ocorrem durante as transições têm naturezas específicas, como identidade, papel, relações, capacidades, padrões de comportamento, estrutura, função e dinâmica (Meleis et al., 2000).

Para os mesmos autores (2000) todos estes processos de transição no adolescente levam-no a mobilizar as suas forças internas e externas para alcançar uma adaptação às mudanças que se instalam. No entanto, estes processos podem ser influenciados por diversas condições facilitadoras ou inibidoras, ou seja, fatores protetores e de risco do adolescente nesse processo. Meleis considera que estes momentos de transição no adolescente são geradores de stress e que poderão potenciar estratégias de *coping*. As transições nos adolescentes são acompanhadas por uma ampla gama de emoções, muitas das quais surgem pelas dificuldades encontradas durante a transição. Além do aspeto emocional, o bem-estar físico é também importante, uma vez que o desconforto físico que acompanha uma transição, pode interferir numa passagem bem sucedida. Neste sentido, os pressupostos básicos que devem acompanhar as estratégias de cuidados realizadas pelo enfermeiro, perante a necessidade de suporte nos processos de transição do adolescente, é levá-lo a entender o próprio processo de transição, identificando necessidades e implementando intervenções que lhe prestem ajuda efetiva, com o intuito de lhe proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar. Segundo Meleis et al (2000) os adolescentes ao experimentarem uma transição, tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, afetando a sua saúde e bem-estar. Como exemplo a transição de saúde-doença

descrita por Meleis, pode afetar o adolescente, na medida em que este poderá apresentar mudanças súbitas de papel, que resultam da transição de um estado de saúde para o de doença. Estas mudanças nas condições de saúde requerem que incorporem novos conhecimentos e modifiquem os comportamentos.

Segundo esta Teoria, o enfermeiro tem como função ajudar os adolescentes a gerir as transições características desse período, o que significa que o mesmo saiba identificar os níveis e a natureza das vulnerabilidades nos diferentes pontos dessa transição para que as intervenções de enfermagem sejam o reflexo das diversidades e das complexidades das experiências de transição. Nos pontos considerados vulneráveis, a intervenção deve ser intensificada de forma a proporcionar a vivência de uma transição saudável. Neste enquadramento, para Meleis (2007) apenas o enfermeiro está capacitado para articular as transições, as quais são, como já dissemos, biopsicossociais e não visa somente conhecer, mas a partir do que conhece, adequar a sua ação a cada adolescente e à transição que cada um vivencia. Os enfermeiros podem atuar junto de adolescentes que irão entrar numa fase de transição, nos que estão a experienciá-la ou ainda naqueles que estão a completar o seu processo de transição (Meleis, 2007).

Neste sentido, a autora considera de extrema importância a preocupação do EESIP em saber como os adolescentes enfrentam as transições e como o ambiente afeta esse trajeto. São identificadas as necessidades e os problemas com que se depara, conseguindo o EESIP dar o seu contributo para uma transição saudável, emergindo assim o cuidado transicional. Estas respostas englobam processos intra-psíquicos bem como o contexto sociocultural. Meleis et. al.(2000) consideram que a transição tem uma característica essencialmente positiva, uma vez que o adolescente ao passar pelo evento alcança uma maior maturidade, maior equilíbrio e estabilidade. Sente-se situado para que possa refletir, interagir e desenvolver uma confiança crescente em lidar com a mudança e dominar novas capacidades e novas formas de viver, enquanto desenvolve um sentido de identidade mais flexível no meio destas mudanças.

Os indicadores de transições bem sucedidas são o bem-estar subjetivo, a mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações (Meleis et al., 2000).

Conhecendo estes padrões o EESIP pode avaliar, planejar e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face aos eventos de transição. No entanto, é importante referir que para Meleis et al. (2000), cada transição caracteriza-se por ser única, pelas suas complexidades e múltiplas dimensões, o que implica a necessidade dos enfermeiros considerarem os padrões de todas as transições significativas na vida individual do adolescente, em vez de se focalizarem apenas num tipo específico de transição.

Partindo do contexto deste subcapítulo, considero importante identificar as necessidades e problemas de saúde dos adolescentes interrelacionando-as com as transições vividas pelo adolescente já anteriormente mencionadas.

2.2 Necessidades e Problemas de Saúde dos Adolescentes

As necessidades e problemas dos adolescentes estão intimamente ligados com as transições típicas desta fase e que foram referenciadas no subcapítulo anterior. O GOBP, alerta-nos para que os “indivíduos procuram assegurar a satisfação das suas necessidades fundamentais de segurança, afeto, valorização, estima e protagonismo social. (GOBP, p.17) Prazeres (1998) refere que as necessidades de saúde dos adolescentes assumem características que são o reflexo do processo de crescimento e desenvolvimento que atravessam. O mesmo autor refere que para além da promoção da satisfação das necessidades como a alimentação equilibrada, a vacinação, a atividade física, os enfermeiros também devem dar relevo às necessidades cognitivas. Estas últimas estão relacionadas com a aquisição de saberes, a (re)construção da identidade pessoal e a construção de projetos para o futuro.

Como referi no subcapítulo anterior, a maturidade do adolescente passa pela autonomia afetiva e na evolução das relações afetivas, no qual o adolescente se descobre a si próprio e constrói a sua identidade sexual, que está estreitamente

relacionada com a modificação na relação com os pais e os grupos de pares. Para a construção da identidade sexual é importante que o adolescente reconheça e assuma a sua sexualidade. A saúde sexual e reprodutiva é considerada uma necessidade de saúde dos adolescentes e, neste sentido, é necessário que o EESIP promova estilos de vida sexual saudável e previna situações de risco, não penalizando a expressão dos afetos nem reprimindo as condutas sexuais. Para isso é necessário que os adolescentes desenvolvam capacidades de conhecimento de si, assente em valores e atitudes face à sexualidade.

A vertente psicossocial das necessidades biológicas é um fator indispensável na intervenção em saúde dos adolescentes, devendo o EESIP procurar conhecer o ambiente que o rodeia e que pode de alguma forma alterar o seu estilo de vida e comportamento, como por exemplo os padrões e rotinas familiares. Deste modo, o contexto em que a adolescência se processa pode afetar o desenvolvimento e o comportamento do adolescente com a família, com grupo de pares, na escola e a sua saúde e bem-estar. (Sprinthall e Collins, 2003) Dever-se-á ter em consideração que as necessidades relacionadas com os estilos de vida e os comportamentos de saúde, apresentam uma componente social muito acentuada, podendo implicar um risco para a saúde do adolescente a curto, médio ou longo prazo. Os comportamentos de risco, tais como o consumo de tabaco e o consumo de álcool, são muitas vezes designados por condutas de ensaio, que “potenciam o crescimento e desenvolvimento pessoal e estimulam a autonomia”. (Prazeres, 1998) Parece-me pertinente referir que estes fatores podem não gerar problemas de saúde se o consumo não for em quantidades excessivas, sendo então a morbilidade na adolescência explicada pelas causas orgânicas de doença aguda que interferem na vida quotidiana dos adolescentes, como as infeções respiratórias, os problemas dermatológicos (acne), entre outros. (OMS, 2011).

No entanto, é importante referir que se o tipo de comportamentos de risco referidos anteriormente pode constituir apenas um comportamento de experimentação da vida, por outro lado, podem conduzir à situação de dependência. Por este motivo, deve avaliar-se corretamente o comportamento dos adolescentes, antes de se garantir a existência ou não de um transtorno.

Relativamente ao campo da saúde mental, verifica-se um aumento da incidência dos transtornos de humor (as situações de depressão), transtornos alimentares (desvios do comportamento alimentar) e comportamentos suicidas. (OMS 2011). Este facto e todos os referidos anteriormente, implicam uma deteção antecipada dos fatores de proteção e de risco do adolescente, sendo os primeiros considerados “fatores positivos individuais ligados aos contextos de vida (...) e que permitem o desenvolvimento pleno das potencialidades”, como por exemplo a auto-imagem positiva, a auto-estima, o apoio familiar ou a “acessibilidade aos cuidados de saúde”. (Prazeres, 1998) Relativamente aos fatores de risco, estes estão muitas vezes relacionados por exemplo, com um ambiente familiar disfuncional e condições socioeconómicas degradadas, condutas conflituosas desencadeadas pelos grupos de pares, entre outros que podem potenciar a vulnerabilidade do adolescente a problemas de saúde. (Matos, M. et al., 2010) A identificação de padrões de vulnerabilidade permite a antecipação de cuidados e a implementação de intervenções de enfermagem necessárias de modo a satisfazer as necessidades específicas e a inserção social dos adolescentes e pais, como por exemplo os que sofrem de doença crónica ou rara.

Neste sentido, perante os períodos de mudança e face às necessidades individuais que os adolescentes apresentam, é necessário que os EESIP desenvolvam capacidades de resposta com base na prevenção e promoção da sua saúde.

2.3 A Enfermagem e os Princípios Orientadores de Atendimento ao Adolescente

As questões que estão relacionadas com a saúde dos adolescentes têm sido ao longo dos tempos um motivo de abordagem pelos serviços de saúde. À luz do quadro atual, considero que é de extrema importância abordar o modo de organização dos cuidados de saúde a este grupo etário, numa perspetiva de compreender que ações que se têm vindo a tomar em resposta específica às necessidades dos adolescentes.

Em 1997, o documento “Saúde em Portugal- Uma estratégia para o virar do século”, indica os adolescentes como um grupo de atuação prioritária no campo da proteção e promoção da saúde. Nos últimos 15 anos tem-se refletido e tomado medidas de adequação da prestação de cuidados de saúde aos adolescentes, como a criação de espaços localizados estrategicamente e com condições apropriados ao seu atendimento. No entanto, este processo tem sido incipiente e, no ano de 2004, uma avaliação a nível nacional apontava a existência de uma heterogeneidade nos modelos organizativos que são seguidos na consulta a este grupo etário. (Tavares e Fonseca, 2009) “Em Portugal, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a prestação de cuidados a esta faixa etária tem vindo a processar-se, em traços genéricos, de forma semelhante à que é aplicada na população em geral”. (PNSJ, p. 21) Neste contexto, um estudo levado a cabo em CSP permitiu apurar que, em cerca de mais de metade dos casos, a prestação de cuidados personalizados à população adolescente era assegurada no âmbito das listas de utentes em Medicina Geral e Familiar (MGF). O motivo mais vezes apontado para a não existência de um projeto prendia-se com o desinvestimento e à desafetação de recursos. Para a melhoria da intervenção foi referida principalmente “a maior disponibilidade temporal dos profissionais, a criação ou melhoria de projetos em saúde dos adolescentes e a melhor preparação em saúde dos adolescentes” (Prazeres, 2005, p.79). é ainda referida uma evolução no âmbito dos CSP no que diz respeito a iniciativas de intervenção a este grupo (PNSJ, 2005). Mas, apesar de todo este enfoque, “os políticos, legisladores e prestadores de serviços ainda não atingiram os objetivos propostos referentes ao entendimento e à forma de responder às necessidades de saúde, preocupações e aptidões deste grupo vulnerável” (Projeto Girl Child, 2010, p.64).

Em 2004, o Plano Nacional de Saúde (PNS) refere a necessidade de criação de um Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ), que teve a sua criação em 2006. O PNSJ era centrado na população dos 10 aos 24 anos e propunha diversos componentes, dos quais destaco “*a adequação dos modelos organizacionais às necessidades em saúde e a redução das iniquidades existentes; a preparação técnica dos profissionais e a difusão de modelos de boas práticas e a articulação funcional com os Programas do PNS, e outros, que têm*

impacto na saúde desta faixa etária”. (PNSJ, p.19). Segundo o PNS 2011-2016 existem áreas específicas de intervenção que se consideram estar hoje subvalorizadas, como a Cessação Tabágica, os Comportamentos Alimentares, a Saúde Mental, a Saúde Sexual e Reprodutiva e a Saúde Oral, sendo estas elencadas no EGS. (p. 20)

A carteira básica de serviços para a USF vai de encontro ao referido Plano, propondo como área de intervenção a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida, nomeadamente na criança e no jovem.

Segundo a DGS (2005), o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) constitui um “garante de cuidados de saúde adequados e eficazes (...) devendo ser aplicado nas ações de vigilância de saúde.” (DGS, 2002). Segue normas orientadoras preconizadas pela DGS, com princípios uniformizados e com critérios objetivos (Missão para os CSP, p.21), nas quais se recomenda a realização de consultas de vigilância a adolescentes no âmbito do EGS, pois “o desenvolvimento saudável das populações juvenis representa um aspeto estratégico importante na vida de qualquer comunidade (DGS, p.10)”. Desde o início do ano 2013 contempla algumas alterações, nomeadamente na cronologia da consulta de EGS (alterada idade chave dos 11-13 para os 12-13 anos); adoção de curvas de crescimento da OMS; novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e os maus-tratos). As consultas de vigilância de saúde dos adolescentes devem assim, procurar: (DGS, 2002)

- promover a adoção a estilos de vida saudáveis
- desenvolver atividades de prevenção primária e secundária
- identificar e detetar precocemente desvios de desenvolvimento e comportamentos de risco
- sinalizar e apoiar, continuamente, casos de patologia crónica e/ou deficiência, no âmbito familiar e comunitário
- detetar, apoiar e orientar situações de disfunção familiar.

Segundo Prazeres (1998), o enfermeiro como prestador de cuidados no seio de uma equipa multidisciplinar, participa no atendimento a adolescentes e contribui

para melhorar os cuidados prestados, o que implica salvaguardar diversas características do atendimento juvenil, relacionadas com a:

- acessibilidade: o acesso fácil permite reduzir as barreiras económicas, as burocráticas e as de horário;
- visibilidade e reconhecimento: o modelo de organização do serviço e a prestação de cuidados deve ser divulgada, reconhecida e credibilizada
- qualidade: qualquer que seja o modelo organizativo do serviço, devem ser assegurados os níveis mínimos de cuidados a todos os adolescentes, de modo a que estes obtenham um grau de satisfação elevado
- custo: gratuidade no acesso facilita a aproximação do adolescente ao SNS
- dimensão: os serviços devem assegurar cuidados globais e continuados, tendo em conta o carácter heterogéneo e multifatorial da adolescência
- coordenação: deve ser adotada uma metodologia compreensiva das situações, utilizando estratégias interdisciplinares
- flexibilidade e diversidade: deve ser considerada a diversidade cultural, étnica e individual dos adolescentes
- participação juvenil: é importante ouvir o adolescente, estimulando a sua participação e ponderando as respetivas opiniões
- privacidade, confidencialidade e consentimento informado: considerar os princípios éticos e deontológicos. A confidencialidade é das características mais valorizadas pelos adolescentes na relação com o profissional de saúde

Na consecução do atendimento ao adolescente no âmbito do EGS, surge a entrevista ao adolescente que ao ser estruturada em três fases (fase de acolhimento, exploratória e resolutive) deve possibilitar “identificar as suas necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências”. (GOBP, nº3, vol.1, p.14) São objetivos da entrevista ao adolescente a avaliação do desenvolvimento psicossocial e afetivo, a prevenção e identificação de problemas reais e o estabelecimento de uma relação terapêutica. (GOBP, nº3, vol.1, p. 20) Para além destes objetivos, na abordagem ao adolescente e pais, o enfermeiro deverá priorizar as necessidades que os mesmos consideram de maior relevância e também deve procurar delinear planos para possíveis estratégias de ações. Deste modo estará a contribuir para que os

adolescentes assumam de forma gradual as responsabilidades inerentes às fases de transição que lhe estão inerentes.

No capítulo seguinte apresenta-se a descrição e análise do percurso formativo, enunciando os locais e experiências no contexto da prática, bem como os objetivos e atividades realizadas.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO EM ESTÁGIO

Para uma melhor percepção deste relatório torna-se importante enquadrar o leitor nos serviços de saúde onde decorreram os estágios, seguindo-se uma abordagem aos objetivos e atividades que decorreram da sua prática. (**Apêndice II**)

Através de um processo criterioso foram selecionados os campos de estágio atrás referidos, tendo em conta a temática relativa ao atendimento de adolescentes, e foi atribuído um período de permanência em cada local de estágio adequado e favorável à aquisição e desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EESIP. Iniciei os estágios por uma ordem que considerei ser um percurso lógico da ida da criança/ adolescente aos cuidados de saúde.

O estágio decorreu num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), numa Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Pediátricos (UCIEP), nas Consultas Externas (CE) de Pediatria - Consulta do Adolescente, de Hospitais EPE; no Serviço de Internamento Pediátrico (SIP) de um Hospital Privado e no meu local de trabalho, uma Unidade de Saúde Familiar (USF). A caracterização dos diversos locais de estágios, todos eles da Área da Grande Lisboa, encontra-se presente no **Apêndice III** – atendimento a adolescentes – caracterização dos locais de estágio, e o cronograma de estágio no **Apêndice IV**.

No âmbito do atendimento a crianças e adolescentes, todos os serviços prestam cuidados de saúde a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 0 dias de vida e os 18 anos menos 1 dia de idade, com exceção da UCIEP, que pode acolher jovens com idade superior a 18 anos.

O período estágio constituiu um momento elementar de junção da teoria com a prática, ou seja, da articulação dos conhecimentos adquiridos no contexto teórico, durante o 1º e 2º semestres, e das experiências adquiridas, desenvolvidas e refletidas nesse período, contribuindo deste modo para um crescimento pessoal e profissional.

A experiência tem sido um dos elementos enfatizados por Benner (1984), sendo através dela que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado. Segundo a mesma autora, só os enfermeiros que participam na prática dos cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado.

Através de um processo rigoroso foram articuladas diferentes áreas relativas à sabedoria: saber - saber, saber - ser e saber - estar, que permitem a identificação e análise da experiência adquirida e desenvolvida no exercício da prática de modo a que fossem alcançados os objetivos gerais propostos, que se apresentam nos subcapítulos seguintes, um primeiro relativo aos modelos de intervenção de enfermagem **com base na Teoria de médio alcance da transição de Meleis e, um segundo, destinado ao desenvolvimento de metodologias de atendimento ao adolescente na unidade em que trabalho.**

3.1. Mobilização de processos e modelos de intervenção de enfermagem adequados à prestação de cuidados específicos a crianças, jovens

No decurso do Estágio tornou-se primordial o conhecimento da dinâmica funcional dos diferentes locais de estágio, incluindo a metodologia de trabalho e a prática da prestação de cuidados de enfermagem ao adolescente, de modo a que conseguisse atuar em conformidade e, posteriormente estabelecer um paralelismo entre o observado e os princípios orientadores do atendimento ao adolescente. Indo de encontro ao enunciado, procurei focar a minha abordagem em alguns aspetos que refletissem algumas características do atendimento humanizado que segundo Prazeres (1998) incluem a acessibilidade, a qualidade e o custo, a visibilidade e o reconhecimento. Estes aspetos pressupuseram, em cada local de estágio, a avaliação da constituição da equipa, da organização e gestão dos cuidados, da estrutura física (existência de um espaço físico próprio, em que se valorize o aproveitamento e a otimização da estrutura da unidade), de equipamento apropriado, de um sistema de informação para registo e de procedimentos inerentes ao atendimento de adolescentes, capazes de contribuir

para o desenrolar de um ambiente seguro. Para este efeito foi realizada um guião de observação do atendimento ao adolescente, nomeadamente da interação enfermeiro- adolescente. **(Apêndice V)**

A **equipa de enfermagem** constitui recurso importante e decisivo na humanização dos cuidados aos adolescentes, sendo que a pertinência de um EESIP nos diversos campos de estágio decorre das competências que detém, e que lhe permitem, uma resposta mais célere e ajustada a cada situação. Nos diversos campos de estágio verifiquei que competia aos EESIP assumir um papel fundamental na organização do serviço, na supervisão clínica, na gestão e dos cuidados a prestar às crianças e adolescentes.

Quanto à **organização e gestão dos cuidados**, nos contextos de estágio em cuidados de saúde diferenciados, pude colaborar conjuntamente o EESIP na organização e gestão dos cuidados, nomeadamente na elaboração do plano diário onde são distribuídas as crianças pelos enfermeiros da equipa, tendo igualmente em consideração a distribuição das crianças pelas várias enfermarias. Considerava-se o número de elementos presentes e as suas competências profissionais, tentando aliar conjuntamente as suas próprias preferências. O método de organização dos cuidados operacionaliza o processo de enfermagem e “mais do que uma simples distribuição de atividades, assenta (...) num modo de pensar dos mesmos”.(Mendes, p. 137) Neste sentido, verifiquei que nos serviços em que estagiei o método de trabalho utilizado é o individual, ou seja, o enfermeiro presta os cuidados globais aos adolescentes que lhe são atribuídos e, sempre que possível, o mesmo enfermeiro presta em continuidade esses cuidados pela proximidade que já desenvolveu com o adolescente e pelo conhecimento aprofundado que tem sobre a sua situação clínica, o que permite uma maior relação de confiança pelos cuidados prestados. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, “privilegia-se o método de trabalho por “enfermeiro de referência”, imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação da criança/jovem, permitindo simultaneamente a implementação de sistemas para a monitorização do custo/benefício efetivo e gestão da segurança”.

(OE, 2011,p.5) Também o meu local de trabalho preconiza o mesmo método de trabalho, sendo que no estabelecimento do modelo organizativo de cuidados, as USF atribuem a denominação de enfermeiro de família, sendo este considerado “ (...) *uma mais-valia no âmbito da qualidade dos cuidados prestados à população, com ênfase para a efetividade, proximidade e acessibilidade*”. (OE, 2010) É importante referir que o enfermeiro de família deve ser considerado o elo responsável pela “*criação de sentimentos de “segurança”, “estabilidade”, “suporte/apoio” (...) e tido como uma mais valia (...), relativamente à acessibilidade a cuidados globais, contínuos e integrados (...) e pela prestação de cuidados globais, numa perspetiva de maior proximidade e integralidade, e assente numa relação de ajuda de maior confiança*”, o que veio a constatar-se em contexto de estágio.(OE, 2009).

Phaneuf refere que no trabalho diário dos enfermeiros, a aquisição das competências é um ideal a atingir e que não se forma instantaneamente. Assim sendo, são intervenientes nesse processo a formação, a personalidade dos enfermeiros e “um saber fazer, orientado não somente pelas regras codificadas da prática, mas também por uma capacidade aguda de percepção, de interpretação das situações e pela cumulação de experiências que deixaram marcas” (Phaneuf, p.2). Assim, de modo a promover o meu processo de integração, foi imperioso conhecer não só o método de trabalho dos diversos contextos de estágio, mas conhecer outros aspetos da organização dos cuidados, nomeadamente o manual de integração a enfermeiros, as normas, os protocolos, os guias de acolhimento, levando-me a considerar que os cuidados se encontram uniformizados na totalidade dos serviços, o que contribui para a qualidade do atendimento humanizado ao adolescente.

Também os **suportes de informação sustentam a prática de enfermagem** e, neste sentido, foram considerados os registos informáticos, que serviram de instrumentos de consulta e para esclarecimento, de forma a adquirir conhecimento e a garantir segurança na minha atuação. Em todos os contextos de estágio os registos são efetuados informaticamente contemplando a avaliação inicial e descrevendo os dados considerados relevantes decorrentes de cada turno/ consulta. Nas diversas instituições existem programas informáticos

diferentes, sendo que apenas na UCIEP os registos são realizados em papel. Na alta hospitalar é fundamental a carta de transferência ou de alta que o adolescente e pais devem ter na sua posse para transmissão de informação quando é necessário o encaminhamento. A passagem de ocorrências é fundamental para uma melhor assistência e avaliação da prestação dos cuidados, ou seja, para a continuidade dos cuidados e para a atualização do processo de enfermagem.

Daremos em seguida especial atenção **ao atendimento dos adolescentes e ao assegurar um ambiente seguro**. O acolhimento constitui o primeiro passo do processo de atendimento de enfermagem. Este momento constituiu um dos cuidados primordiais ao adolescente e família pois foi nesta circunstância que foi realizada a apresentação do enfermeiro responsável e em que foram diagnosticados os motivos da recorrer ao serviço de saúde e identificadas as suas necessidades. Este é considerado um momento na qual existe a oportunidade de se estabelecer uma relação terapêutica que ajude adolescentes e pais a sentirem-se adaptados face às experiências associadas à situação que estão a viver.

Na fase de acolhimento procurei apresentar-me primeiramente e perguntar o nome pelo qual o adolescente gosta de ser chamado, diagnosticando de seguida as suas principais necessidades e atribuindo uma prioridade conforme as alterações que apresentava. No contexto de estágio no SUP, o momento da triagem constituiu habitualmente a primeira abordagem com os adolescentes e família, muitos deles sem qualquer contacto prévio com os serviços de saúde. Pormenorizando o circuito do adolescente e família no SUP, a primeira abordagem do enfermeiro é realizada nas salas de triagem, após a inscrição nos serviços de secretariado e termina quando lhe é dada alta clínica ou quando são reencaminhados para outros serviços do Hospital, como a UCIEP ou o SIP, por exemplo. Quando a situação é emergente, a criança ou o adolescente entram sem passar pelos serviços administrativos, para que lhe sejam assegurados os cuidados imediatos, a fim de evitar situações irreversíveis ou a morte. Na sala de triagem estão sempre presentes um ou dois enfermeiros para avaliar e atribuir uma prioridade de atendimento de acordo com o estado de saúde da criança e do adolescente. A porta da sala está constantemente aberta para que o enfermeiro

possa estar desperto para uma situação de emergência que surja de imediato. No entanto, a porta é fechada sempre que haja situações que comprometam a privacidade e confidencialidade dos adolescentes e pais. A triagem é baseada num sistema específico (Triagem de Manchester) que se rege pela sintomatologia do adolescente, ou seja de acordo com os sintomas que apresenta é-lhe atribuído a categoria de Muito Urgente, Urgente ou Não Urgente.

Ainda durante a fase de acolhimento e, em contexto hospitalar, verificou-se nos diferentes serviços a existência de um guia de acolhimento destinado a crianças e famílias com necessidade de internamento, existindo apenas no SUP um especificamente destinado a adolescentes e pais. No momento de acolhimento, para além de proceder à entrega do respetivo guia, pela importância de referir os seus principais aspetos, procurei apresentar sumariamente o serviço e as suas rotinas, questionando os hábitos diários do adolescente e família, de forma a poder mantê-los quando a situação e o serviço o permitiam. Deste modo procurei proporcionar um ambiente seguro e afetuoso que minimizasse o impacto da hospitalização. Através deste processo, que pode não ser necessariamente longo, adquiri e desenvolvi competências, que com a continuação da minha prestação de cuidados foram contribuindo para a construção de uma identidade profissional, promotora do meu próprio desenvolvimento pessoal e profissional. Há que ter em consideração que toda a informação transmitida pelo enfermeiro é entendida muitas vezes pelo adolescente e família de uma forma superficial nomeadamente no momento da triagem, pois para além do adolescente se sentir mais inseguro e desprotegido, é um momento necessariamente que por vezes dura escassos segundos, o que não garante bons níveis de atenção e concentração nestas circunstâncias. Nesses momentos, o atendimento diferenciado, transmitido pela minha atitude e a do EESIP, o meu comportamento e forma de expressão calma, pausada, foram fundamentais para transmitir confiança e diminuir a ansiedade do adolescente e pais.

Pude por diversas situações estar presente na sala de triagem, constatando que na maioria das vezes as crianças, os adolescentes e os pais se deslocavam ao SUP para obter uma resposta rápida e eficiente no momento, o que se traduz no diagnóstico de situações, exames e tratamentos muitas vezes de forma

indiscriminada, ou seja, as chamadas “falsas urgências”. No entanto, no SUP, tendo em conta os principais motivos de recorrência dos adolescentes a quem prestei cuidados e, consoante a perceção que este grupo atribuiu à gravidade das suas necessidades, proporcionou-se a realização de ensinamentos pontuais tendo abordado vários temas como: métodos contraceptivos, febre e amamentação. Isto significa que as crianças, os adolescentes e os pais/cuidadores recorrem ao SUP com problemas de saúde passíveis de ser resolvidos ao nível dos cuidados de saúde primários. A acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde parecem assim estar condicionadas por fatores, como as condições geográficas dos mesmos (localização próxima, tempo de deslocação no trajeto e acesso a transportes públicos), aspetos socioeconómicos (custos de deslocação e custos com a assistência nos serviços); questões socioculturais (o estilo de vida e o significado que cada adolescente e família atribui à doença); aspetos demográficos (idade, género e posição social) e questões psicológicas (motivação para recorrer aos serviços de saúde) (MELO, 1999).

Neste contexto, são inúmeras as vantagens dos adolescentes e pais que recorrem de forma indiscriminada aos SUP, pois têm um acesso fácil e indiscriminado a profissionais de saúde e especializados em diversas áreas. Neste sentido, o que observei é que como consequência existe um afastamento dos adolescentes e famílias aos cuidados de saúde primários, o que pode contribuir para um mau aproveitamento de recursos por parte do SNS. Como consequência, o que constatei ainda que este fator conduz à sobrecarga do SUP e a algum desgaste dos profissionais da urgência, pois de acordo com os mesmos, o SUP deveria apenas dar resposta a situações de urgência clínica. Barroso refere que “dever-se-ia aguardar a definição da doença (...) cujos sinais e sintomas característicos surgirão dentro de pouco tempo, desde que possa ser efetuada campanha/ensino aos pais de modo a que conheçam os sinais de alarme (...)”. (p. 93) Neste seguimento, tendo em conta a entrevista realizada ao enfermeiro orientador de estágio, (**Apêndice VI**), a urgência pediátrica deve ser considerada um serviço com características específicas que a diferem de uma urgência geral, devendo a sua equipa receber, valorizar e atuar perante quaisquer

necessidades das crianças, dos adolescentes e famílias, não emitindo juízos de valor.

Durante todos os turnos que realizei no SUP, verifiquei um elevado número de atendimentos com maior incidência no turno da tarde. Este fator foi comprovado pelos registos dos meses anteriores que indicavam maior afluência durante esse turno e no decorrer do Outono-Inverno. Segundo os dados estatísticos do SUP, os principais motivos de recorrência ao SUP eram sobretudo por febre, tosse ou alterações da função respiratória. Verificaram-se ainda situações de traumatismos na prática de educação física, excesso de consumo de substâncias ilícitas e dores abdominais decorrentes de crises de ansiedade. O observado é confirmado por Barroso et al, que referem que “quanto aos motivos clínicos, os traumatismos ocuparam o primeiro lugar (...), seguindo-se a febre (...), a síndrome de dificuldade respiratória e a gastroenterite” (p. 92) Num instituição privada, a maioria dos internamentos no SIP é comparticipada pelas seguradoras, que utiliza tabelas estabelecidas de dias de internamento para os vários diagnósticos e/ou cirurgias, não comparticipando o internamento para além desses prazos, o que conduz à necessidade de uma intervenção da equipa que permita a realização de altas precoces mas seguras. Esta situação terá vantagens para a criança, dada a redução do tempo de internamento, desde que realizada em segurança. Poderão ainda ser garantidas medidas de acompanhamento, por exemplo por via telefónica.

Relativamente aos motivos de internamento na UCIEP, estes estão relacionados com patologia médica ou cirúrgica, que carecem de técnicas ou manobras invasivas, em instabilidade clínica, com falência de órgãos, e que necessitam de cuidados de enfermagem permanentes.

A Filosofia dos cuidados em todos os serviços baseia-se nos princípios proferidos pela Carta da Criança Hospitalizada. Em todos os campos de estágio o foco de atenção é a criança, o adolescente e pais, despertando-me este fator para a importância dos Cuidados Centrados na Família, que requerem de facto profissionais de saúde que reconheçam os pais como os primeiros prestadores de cuidados parentais, ou seja, que estes respondam às alterações resultantes do

desenvolvimento da criança e do adolescente. Verifiquei ainda que as equipas adotavam como filosofia de trabalho o modelo de parceria de cuidados, fundamentado no respeito e valor da experiência dos pais nos processos de transição dos seus filhos. É com base neste pressuposto, que é desenvolvido o cuidado transacional que identifica claramente o contributo da família para a vivência de uma transição saudável. Neste sentido, é importante que o EESIP incentive os pais a prestar os cuidados para os quais estão habilitados, dando resposta às necessidades do adolescente. Como é referido por Casey (1995) descrito por Carvalho (2001, p.22), “Os cuidados à criança são melhor prestados pelas famílias, desde que devidamente supervisionadas, do que pelos profissionais.” No decurso do estágio na UCIEP a perceção dos enfermeiros acerca dos adolescentes com necessidades especiais, é de reconhecimento da importância de uma abordagem multidisciplinar, reconhecendo e valorizando a importância da família para o bem-estar presente e futuro do adolescente. Os cuidados centrados na família privilegiam uma parceria de responsabilidades entre os enfermeiros e os adolescentes e pais, promovendo cuidados antecipatórios, preparando-os para os procedimentos e acontecimentos relacionados com o crescimento e desenvolvimento do adolescente. Estes traduziram-se em ensinamentos específicos ao adolescente e família de acordo com as necessidades identificadas, de modo a que os mesmos pudessem ser autónomos em alguns dos cuidados em contexto hospitalar e para que houvesse uma preparação para a continuidade dos mesmos no domicílio. Para que esta máxima fosse atingida com sucesso, foi por vezes necessário alterar a ordem de algumas rotinas para os pais poderem estar presentes. Neste sentido, procurei estabelecer uma parceria que envolvesse uma cooperação e negociação com o adolescente e os pais, explicando primeiramente cada procedimento e pedindo o seu consentimento. Foi por isso fundamental ter em conta o conteúdo da informação transmitida, como por exemplo explicações relativas à doença e ao procedimento à criança, ao adolescente e família, criando um ambiente de confiança e apoio, fornecendo a informação necessária e utilizando uma linguagem adaptada à situação e ao seu contexto sociocultural. Assim, no estágio foi fundamental desenvolver uma comunicação eficaz com o adolescente e família, procurando estabelecer uma relação interpessoal, adotando um discurso claro, objetivo e

assertivo. Tendo em conta a elaboração de um guião que reflete o trabalho desenvolvido com os adolescentes sobre a sua experiência de hospitalização e interação com os enfermeiros- aspetos a contemplar na prestação de cuidados **(Apêndice VII)**, verifiquei em alguns contextos que os adolescentes e pais evidenciam o desejo de serem informados e procuram cada vez mais informação, ou seja, desejam respostas mais elaboradas, com conteúdo mais complexo, de forma a que eles próprios sejam capazes de formular soluções e participar no processo de tomada de decisão. Verifiquei ainda que os adolescentes e pais revelam também uma grande preocupação com os procedimentos a serem efetuados e com a garantia da privacidade, da intimidade e da confidencialidade. Em todo o meu trajeto nos diversos contextos de estágio, procurei simultaneamente demonstrar respeito pela minha dignidade e a do adolescente e família, prestar ajuda e apoio, fornecer informações necessárias e ajustadas a cada adolescente e família, gerir a informação em situações específicas e simultaneamente esclarecer as suas dúvidas e receios, ensinar e orientar os pais, reconhecer as suas potencialidades e identificar as suas competências.

O ensino, o apoio e a supervisão refletiram uma partilha de competências entre o enfermeiro e o adolescente e pais, pois através de uma transmissão de conhecimentos, da criação de um ambiente de empatia e confiança, procurei envolver os pais nos cuidados e dotá-los de habilidades e competências para que fosse assegurada a segurança e o bem-estar do adolescente e a continuidade dos cuidados após a alta. Neste contexto adotei uma atitude disponível para qualquer esclarecimento de dúvidas ou até para a exteriorização dos seus próprios sentimentos e emoções. Nesta fase os pais foram incentivados a manifestar os seus medos e preocupações durante a prestação de cuidados ao adolescente. Neste sentido, procurei diminuir os efeitos negativos da transição saúde-doença e situacional que os adolescentes e pais atravessam, identificando os seus medos e receios, a suas inseguranças, demonstrando-me recetiva e sensível face às suas necessidades.

Na implementação deste modelo, o seu sucesso depende da forma como a parceria de cuidados é estabelecida, sendo fundamental uma comunicação eficaz e segura, tolerância, sensibilidade, abertura para escutar e habilidade para o

confortar. No decurso dos estágios foi notória a promoção da presença de pelo menos um familiar ou pessoa significativa durante a hospitalização ou durante pelo menos uma consulta de enfermagem, numa tentativa de minimizar os efeitos negativos do processo de saúde-doença e promover uma transição saudável. Neste enquadramento, no decorrer da interação foi importante avaliar o papel da família para o adolescente, o papel do adolescente para a família e neste âmbito detetar as situações de disfunção familiar. O desempenho do EESIP centra-se na ajuda do adolescente e dos pais, capacitando-a para lidar e/ou ajustar à doença do adolescente ou em situações de acontecimentos de vida, proporcionando o desenvolvimento das competências parentais. Os pais são para o adolescente ainda o principal sistema de segurança e apoio. Durante os períodos de consulta ou de hospitalização, a permanência dos pais permitiu a transmissão de segurança e facilitou o suporte emocional do adolescente e pais, sendo que a sua presença proporcionou sentimentos de competência e reafirmou o seu papel como parceiros de cuidados, salvaguardando a sua privacidade e intimidade, o que veio a facilitar os mecanismos de adaptação à transição. Também a presença e vigilância constante dos enfermeiros e médicos, bem como a panóplia de equipamentos existentes em contexto de estágio em cuidados diferenciados, garantiu uma sensação de segurança para os adolescentes e pais, fator verbalizado pelos mesmos em contexto de estágio em meio hospitalar.

Considerando os adolescentes como indivíduos em transição, denotei que foi prática dos enfermeiros, nos diversos estágios, auxiliar o adolescente e pais a ultrapassarem a transição, conhecendo primeiramente as suas expectativas e experiências, os seus medos e receios e a sua rede de suporte e apoio. Foi ainda fundamental consciencializar os adolescentes da transição que viviam e das condições que a facilitavam ou a dificultavam. Neste sentido, uma das condições facilitadoras diz respeito ao bem-estar físico e emocional e à preparação prévia de cada adolescente para as transições, o que confere aos mesmos as competências necessárias para lidar com o aproximar de diferentes situações o que contribui para a vivência de uma transição saudável. Por outro lado, também me deparei com adolescentes que já tinham conhecimentos e competências adquiridas nas experiências prévias de internamentos, o que veio a condicionar

positivamente as suas expectativas na situação atual, o que proporcionou a vivência saudável da transição do estado de saúde-doença. Como exemplo, posso referir que no contexto de estágio decorrido na UCIEP, uma das famílias procurava conhecer os termos técnicos e utilizava-os em grande parte do seu dia-a-dia, adaptando a sua experiência enquanto cuidador à tomada de decisão e à promoção da saúde do adolescente.

Para além das situações anteriormente descritas, também uma das condições facilitadoras foi o facto de nos diversos contextos de estágio os EESIP demonstrarem maturidade e afirmarem que gostavam realmente de trabalhar com adolescentes, o que se veio a constatar pela forma como eram sensíveis e se relacionavam com eles, ao mesmo tempo que demonstravam conhecimentos profissionais. É indispensável para o bom atendimento ao adolescente, que o enfermeiro demonstre o seu interesse, disponibilidade e competência.

É de referir que a adaptação do adolescente e pais face aos diversos contextos hospitalares (SUP, UCIEP, SIP) provoca uma descontinuidade do seu dia-a-dia, submetendo-os a um ambiente muitas vezes desconhecido e a condições adversas, o que pode desencadear alterações do ponto de vista físico e/ou psicológico, que poderão ter impacto no presente e no futuro. Numa grande maioria das vezes deparei-me com adolescentes e pais angustiados pelo tempo de permanência no hospital, manifestado por medos e receios do desconhecido ou de determinados cuidados prestados ao adolescente. Apoiando-me na perspetiva de Almeida et al (2007, p. 36), que refere que “os sentimentos gerados pela hospitalização (...) constitui em fonte de estresse. Contudo, esse processo é mais grave na adolescência, exacerbado pelos sentimentos comuns dessa fase de transformações e mudanças”, considero que o internamento constitui um momento gerador de stress e emoções, tendo presenciado momentos de inquietação, tristeza, medo, preocupação, insegurança, revolta e ansiedade, propiciadores de uma experiência de crise para os adolescentes e pais. Verifiquei que pode mesmo ser considerada uma situação de risco, uma vez que pode alterar profundamente o equilíbrio familiar e o desenvolvimento do adolescente. Em alguns casos, os adolescentes e pais hospitalizados ficaram privados da sua vida laboral e social como a escola ou o trabalho, o que desenvolveu sentimentos

de frustração e preocupação relativamente à influência da sua situação clínica, da sua situação escolar e à consequente interrupção do relacionamento diário com os amigos. A transição desenvolvimental e o simultâneo desequilíbrio da transição saúde-doença faz com que o adolescente se tenha que adaptar ao ambiente de hospitalização, o que varia com a sua idade e o seu estadió de desenvolvimento emocional e cognitivo. Pude ainda observar que, para além das experiências anteriores, também o equilíbrio familiar têm influência no modo como o adolescente e pais encaram a hospitalização e ultrapassam esta fase de transição.

Na maioria dos contextos de estágio deparei-me com o facto da transição saúde-doença estar frequentemente associada a experiências de dor, nomeadamente perante os procedimentos invasivos. Avaliar a dor foi um processo complexo e multidimensional, pois a mesma pode ser percebida e ter diferentes significados para cada adolescente. Segundo Carvalho (2009, p. 322) cada dor é própria de cada pessoa, dependendo do contexto e do momento, ou seja, a mesma dor pode ser “percebida” com diferentes intensidades. Batalha (2010, p. 3) refere “que a dor é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental, e sociocultural”. Sendo o 5º sinal vital, o seu alívio é uma necessidade básica e um direito de todas as crianças e adolescentes em cuidados de saúde diferenciados. Foi usada para a sua avaliação a escala numérica e adotadas intervenções farmacológicas (nomeadamente a administração de ibuprofeno e paracetamol, podendo ser utilizados outros analgésicos como petidina, diclofenac, morfina) e intervenções não farmacológicas. Relativamente a estas últimas, as medidas de alívio e conforto a que mais recorri relacionaram-se com os fatores ambientais, como a diminuição da luz e do barulho, promovendo sempre um ambiente o mais sereno e calmo possível. Também a presença dos pais nestes momentos foi incentivada, participando nos cuidados quando o adolescente manifestava medo e ansiedade após saber que iria ser submetido a algum tipo de procedimento doloroso ou que já tinha sido anteriormente traumatizante, como por exemplo uma punção venosa. Também o estímulo ao toque, à massagem e o posicionamento

adequado, foram intervenções que minimizaram o desconforto nessas situações de saúde-doença.

Como sabemos numa UCIEP a moderna tecnologia existente é uma constante, um imenso dispositivo rodeia o adolescente e invade o seu espaço, tornando-se um ambiente ameaçador. Há um ruído de fundo constante com picos sonoros provocados pelos alarmes dos aparelhos de monitorização e todos eles necessitam de uma vigilância dos profissionais de enfermagem. Ao ruído provocado pelos diferentes aparelhos, junta-se o ruído provocado pelos profissionais, particularmente durante o momento de troca de turnos (dos médicos e enfermeiros). O nível sonoro global também aumenta em situações de emergência. A iluminação, que na UCIEP é maioritariamente artificial e muito reduzida, também é considerada uma fonte de perturbação para os adolescentes e família. Verifiquei que muitos pais verbalizavam uma desorientação temporal, pela inexistência de janelas para o exterior que lhes permitisse ter clareza e consequentemente conseguir distinguir o dia da noite.

No âmbito do estágio na UCIEP e no SU deparei-me com algumas barreiras comunicacionais com elevado significado provocado pelo referido anteriormente, o que contribui para que os problemas comunicacionais se tornem mais evidentes quando acresce a incapacidade dos adolescentes comunicarem verbalmente, devido ainda à gravidade da sua situação clínica. Este facto pode constituir um impedimento à comunicação terapêutica. Como refere Papalia (2001: 105) “Muitos fatores influenciam o processo de comunicação”. Também as barreiras de proteção individual, como a máscara facial, podem interferir na comunicação enfermeiro- adolescente e pais nomeadamente dificultando o comunicar verbalmente.

Assim sendo, o valor que o EESIP atribui à linguagem não verbal expressa pelos adolescentes tem de ser valorizada, sendo que a expressão facial e os gestos manifestados no decorrer das interações assumem uma importância significativa na interação enfermeiro- adolescente, transmitindo intenções e emoções.

Um dos aspetos importantes é a observação da interação entre os adolescentes e a família e visitas, que permite ao enfermeiro uma percepção do modo como os adolescentes e famílias estão a vivenciar a situação. Deste modo, tive de recorrer às competências relacionais para lidar com as manifestações do processo de adaptação do adolescente e pais à doença, valorizando não só a comunicação verbal, bem como as suas expressões faciais e corporais, tais como o olhar, a postura, o tom da voz, entre outros. Deste modo constrói-se e desenvolve-se uma relação terapêutica que contribui para a promoção e/ou melhoria dos cuidados prestados. Em alguns contextos de estágio era notória uma grande proximidade entre alguns dos enfermeiros e alguns dos adolescentes e pais, dado que a relação criada entre os mesmos era maioritariamente diária. Por vezes eram manifestadas algumas expressões, sentimentos e toques, que traduziam uma intimidade e afinidade própria de cada relação. Contudo, observei que em alguns campos de estágio em meio hospitalar, a linguagem não-verbal era muitas vezes subvalorizada, uma vez que os enfermeiros omitiam-na na prestação de cuidados e na passagem de ocorrências. Este fator pode ser desencadeado por exemplo pelo grau de sofisticação tecnológica, associado aos cuidados o que faz com que alguns dos enfermeiros procurem adaptar-se da melhor forma ao grau de complexidade técnico, em detrimento da humanização desses cuidados. Verificou-se pelo exposto que a comunicação eficaz com os adolescentes e os pais é fundamental, identificando os silêncios e as manifestações exteriores, procurando esclarecer as suas dúvidas, com o objetivo de uma maior percepção e um melhor entendimento do que estão a viver, permitindo numa lógica de parceria a sua participação nos cuidados. Deste modo, o ambiente tornar-se-á menos impessoal para os adolescentes e pais, uma vez que estes são encorajados e valorizados pelas suas competências.

Como já referimos, **a transição saúde/ doença** constitui sempre uma situação de crise na vida dos adolescentes e famílias, que se apresentam particularmente vulneráveis face às modificações que ocorrem no seu ambiente e na sua rotina habitual, podendo afetar a família. Particularmente, alguns dos adolescentes internados apresentavam inúmeras dificuldades, entre as quais a dificuldade de relação social determinada pela frequência elevada de internamentos e o

consequente afastamento do seu ambiente escolar, pois *“o afastamento da escola pode gerar uma dificuldade em acompanhar a turma nos conteúdos escolares, e ao retornar a suas atividades pedagógicas, o paciente poderá perceber as suas diferenças quanto ao acompanhamento da turma, o que, por sua vez, poderá prejudicar o seu desempenho acadêmico”*. (Munoz e Oliveira, 2007, p.67) A diminuição da sua autonomia pode prejudicar o seu processo de crescimento, de desenvolvimento e limitar a sua qualidade de vida, o que confere aos adolescentes o direito a serem protegidos a esse nível. Deste modo, a noção de vulnerabilidade de cada adolescente e pais fez-me refletir sobre importância do EESIP reconhecer as suas manifestações, de modo a que se possa antecipar, propondo intervenções adequadas e que permitam ao adolescente e pais adaptar-se convenientemente à situação. Neste enquadramento, foi preponderante ter conhecimento dos fatores da vulnerabilidade de cada adolescente e família, como os ligados à sua imaturidade física, intelectual, às experiências anteriores de vida e ao modo como experiencia o stress. As experiências anteriores de vida contribuem para uma maior vulnerabilidade dada a possibilidade de efeito cumulativo da interação de diferentes stressores. (Poletto et al, 2009) Foram notórios os sinais de stress e desgaste de alguns adolescentes e famílias no SUP e na UCIEP, manifestados por cansaço, desânimo e impotência devido a toda a envolvimento da situação. Por tudo isto foi essencial o apoio emocional, manifestado através da escuta, do diálogo e, essencialmente, fomentado por mim através da partilha de experiências entre os pais de outras crianças e adolescentes que se encontravam na mesma condição. Tal facto contribuiu para a troca de ideias e implementação de estratégias personalizadas a cada um que diminuíram o sofrimento global, o stress e promoveram o bem-estar do adolescente e pais, proporcionando uma vivência atraumática. A função do enfermeiro vai para além dos cuidados específicos a cada situação, procurando transmitir segurança face a um ambiente desconhecido, com a finalidade de diminuir a sua ansiedade/medo. O recurso à música e a promoção da atividade lúdica, nomeadamente: conversar, ver televisão, ler livros, utilizar o computador para recurso a redes sociais e para jogos interativos, pode ser utilizado como estratégias de distração e contribui igualmente para a promoção do seu

desenvolvimento psicomotor, cognitivo, social e afetivo e permitindo assim o seu crescimento saudável.

É permitido em todos os serviços hospitalares a visualização de desenhos animados e filmes, tendo o serviço alguns disponíveis para escolha. Embora a sala de isolamento na UCIEP não apresente os materiais didáticos e os equipamentos destinados ao seu uso, devido à existência de condições mais restritas e impostas para o controlo de infeção, a equipa de enfermagem autoriza os adolescentes internados na sala de intermédios a acederem a um dos computadores da respetiva sala para acesso à internet ou às redes sociais, pois como refere Abreu e Azevedo, o “ sentimento de afastamento social e *despojamento* dos seus objetos pessoais pode representar uma condição inibidora (...), sentir que não fazem nada e sentirem-se presos é tendencialmente negativo para os adolescentes, o que pode constituir uma condição inibidora da transição”. (2012, p. 25) Também através do desenvolvimento de atividades lúdicas e pedagógicas, planeadas de acordo com o grau de dependência e nível de desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, tais como o recurso a jogos de tabuleiros, filmes e livros educativos promoveu o convívio e entre os diversos adolescentes e entre o enfermeiro de referência, promovendo deste modo uma assimilação da transição.

Segundo Oliveira et al (2005, p.61), citando Bellert (1989) e Stefanelli (1993), “o humor é uma habilidade vital da comunicação e um mecanismo que pode ajudar, pacientes e familiares, a aliviar sentimentos como medo, ansiedade, raiva e depressão”. Neste contexto, também a utilização do humor como instrumento da relação terapêutica, foi uma atividade valorizada e implementada no decurso de todos os estágios, o que resultou igualmente numa diminuição dos stressores do adolescente, contribuindo para uma gestão da sua emocionalidade. O modo como cada adolescente geriu a sua emocionalidade dependeu da forma como eles próprios organizaram e experienciaram as emoções, desenvolvendo mecanismos de coping e ultrapassando uma situação de crise, como a hospitalização, a preparação para uma cirurgia ou os procedimentos de diagnóstico e tratamento. A capacidade do adolescente reorganizar as suas emoções, tomando consciência delas e auto-regulando-as, permite que a “criança adquira uma identidade

psicossocial adaptativa e que se revelará fundamental ao longo da sua vida”. (Diogo e Rodrigues, 2002)

Os EESIP interagem com os adolescentes e família muitas vezes em situações de stress e angústia, devendo para isso estar dotados de conhecimentos científicos e características relacionais para prestar cuidados adequados durante o atendimento ao adolescente. Segundo Tavares e Fonseca, 2009, os adolescentes consideram mais importante as capacidades e características de quem os atende do que propriamente os recursos estruturais do local de atendimento. Uma forma de o enfermeiro reagir a situações de stress e fragilidade emocional pode ser a adoção de comportamentos não terapêuticos, como as estratégias de fuga, manifestadas através do afastamento relativamente ao stressor. Nomeadamente no âmbito do estágio na UCIEP, deparei-me com algumas situações que, devido às especificidades do ambiente e da prestação de cuidados complexos, me conduziram à necessidade de uma cuidada auto-gestão da emocionalidade, procurando mobilizar defesas de forma a manter o envolvimento emocional com o adolescente e família. Um dos exemplos diz respeito a um adolescente em estado de coma profundo e dependente de um tipo de ventilador de alta frequência oscilatória (VAFO), o que requeria um vasto conhecimento de procedimentos muito específicos. Tinha internamentos recorrentes na UCIEP desde os 3 anos de idade e era muito dependente dos cuidados., os pais apresentavam um grande conhecimento sobre a situação clínica do filho, manifestavam instabilidade emocional na expressão das suas preocupações, que se relacionavam sobretudo com o grau de incapacidade do adolescente e a sua adaptação ao meio social. Participavam na tomada de decisão quando lhe eram prestados cuidados de enfermagem na Unidade (Ex: “Se calhar tem que o aspirar pelo TET”). Esta situação despoletou em mim sentimentos de tristeza e revolta pelo estado crítico e extenso tempo de permanência na Unidade, fator que propiciou o grau de afetividade durante todo o período de internamento. Neste contexto, foi essencial compreender de que forma poderia ajudar a gerir os sentimentos dos pais ao mesmo tempo que procurava saber gerir as minhas emoções. Foi importante reconhecer, controlar e diferenciar as próprias emoções, considero que os afetos foram fundamentais nos momentos

críticos, pois foi através da sua valorização que se criou uma relação de confiança mútua, o que contribuiu para uma humanização dos cuidados. Todas as reações interferiram benéficamente no processo de comunicação, pois contribuíram para que houvesse uma atitude de empatia com aquele adolescente e família, baseada na ajuda, confiança e respeito mútuo. A auto-gestão das emoções passou por refleti-las e analisa-las com a EESIP, da qual resultou um auto-conhecimento e uma auto-regulação das mesmas, o que levou a diferenciar sentimentos, de forma a que os geradores de sofrimento se transformassem gradualmente numa experiência significativa mas não perturbadora para mim, capaz de “promover os cuidados e a garantir o meu bem-estar e a disposição emocional para cuidar.” (Diogo e Rodrigues, 2012, p.67) Foi também preponderante a procura de conhecimentos, através da pesquisa bibliográfica, da observação, da participação nos cuidados e da orientação tutorial para prestar da melhor forma cuidados personalizados e de qualidade. Sendo a VAFO uma terapia complementar à ventilação convencional, exige por isso um treino cuidadoso de toda a equipa que cuida direta ou indiretamente com o adolescente estado crítico. (in http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302003000100020). Para além de adquirir capacidades técnicas numa área tão específica, foi preponderante ser capaz de compreender as dificuldades que este adolescente e pais apresentavam, e compreender o impacto da doença crónica/ incapacidade no mesmo e nos pais. De acordo com Pais (2009) a abordagem positivista procura minorizar esse impacto com base nas aquisições feitas, na motivação para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das capacidades dos adolescentes e pais. Esta abordagem contempla também os cuidados continuados, o *empowerment*, a reabilitação e a normalização, ou seja, a integração na sociedade tal como qualquer outro adolescente.

No que concerne à **continuidade de cuidados ao adolescente em ambiente comunitário**, dada a complexidade de determinadas situações clínicas que necessitam de cuidados diferenciados e especializados após a alta, é fundamental uma rede de suporte clínico que responda de forma mais eficaz às necessidades da criança, do adolescente e família/cuidadores no ambulatório. Após a alta da UCIEP, a família depara-se com inúmeras dificuldades que levam

à recorrência inadequada ao SUP e por vezes ao reinternamento. A hospitalização prolongada tem também implicações a nível socioeconómico relacionado com o consumo de recursos de saúde, o absentismo dos pais ao trabalho, absentismo escolar, entre outros. Este fator faz com que a ligação entre os cuidados hospitalares e os domiciliários seja uma exigência. Assim, o Departamento de Pediatria de um Hospital da área da Grande Lisboa formou uma equipa multidisciplinar de apoio domiciliário que se evidenciou como uma alternativa eficaz para a melhoria na qualidade de vida da criança/ adolescente e da sua família/cuidadores. Este projeto permite uma melhor rentabilização dos recursos físicos, humanos e tecnológicos com consequentes ganhos em saúde. Neste enquadramento, quero enaltecer a pertinência da articulação do serviço hospitalar com outras Entidades (Escolas, Instituições) e a partilha de experiências que pude realizar com as mesmas, com os adolescentes que sofrem de limitações físicas e psicológicas e com as suas famílias.

Os adolescentes que sofrem de doenças crónicas ou de algum tipo de alteração apresentam uma série de manifestações e limitações extensas que se repercutem na sua vida pessoal, familiar e social, sendo necessária a divulgação de boas práticas a adotar nos cuidados promotores da sua saúde e bem-estar. Por isso, é necessário o acompanhamento multiprofissional ao longo da sua vida. Para além deste tipo de acompanhamento, pude colaborar também na VD a crianças e adolescentes, nomeadamente na vigilância e tratamento de sintomas (a dor em especial), sendo que a finalidade é atender ao seu conforto e ao da família que frequentemente se sente fragilizada. Nestas situações foi essencial identificar situações de risco social, tais como a falta de condições habitacionais de algumas famílias (casas húmidas e frias,), contribuindo muitas vezes para o agravamento do estado de saúde das crianças e adolescentes. Nestes casos, foi essencial interagir com outros profissionais da equipa multidisciplinar para a proteção dessas crianças e adolescentes.

Ainda no âmbito da articulação de cuidados, a continuidade da vigilância de saúde do adolescente após a alta, quando não assegurada pela Equipa responsável pela VD, é encaminhado para a equipa da CE do Hospital de referência ou dos CSP da área de residência. Neste sentido, coube-me na CE

Adolescente e no meu local de trabalho, intervir na promoção da saúde dos adolescentes e famílias, possibilitando um espaço para atendimento, esclarecimento e aconselhamento. A CE do Adolescente e a USF procura promover “ (...) *as intervenções que incentivem a adoção de estilos de vida saudáveis e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura, evitando situações de risco* (...)” (Monteiro e Teixeira, 2006).

No que se refere ao período de estágio realizado na Consulta de Adolescentes, é importante referir que estando a minha temática direcionada para a intervenção do enfermeiro no atendimento a adolescentes no âmbito da Consulta de EGS, levou a que acreditasse que este campo de estágio me proporcionasse experiências mais focalizadas para a minha área de interesse. A Consulta do Adolescente tem como missão é prestar cuidados de enfermagem de modo a facilitar a adaptação do adolescente às particularidades do seu estágio de desenvolvimento, contribuindo para o auto-cuidado, a autonomia, a independência, a promoção da saúde, a prevenção da doença e das suas complicações, aspetos que como se pode ver estão muito ligados aos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (PQCEEECJ). Os diagnósticos mais frequentes nesta consulta incidiram no encaminhamento por cefaleias e alterações do comportamento alimentar (com predomínio na obesidade e na anorexia). , Tive a oportunidade de realizar diversas consultas aos adolescentes e pais, em que foi prioritário em cada interação, a formulação de objetivos específicos e orientados para o auto-cuidado na promoção, manutenção e restauração da saúde, um dos objetivos principais da enfermagem pediátrica.

Tornou-se essencial conhecer a comunidade de adolescentes abrangidos pela USF, uma vez que o conhecimento da realidade de um contexto permite a adoção de cuidados de enfermagem específicos a essa realidade. De forma a dar resposta a este objetivo, as fontes por excelência foram os Censos de 2011, sendo que também recorri aos dados do Programa SINUS (a população de adolescentes inscrita é constituída por cerca 1010 adolescentes), as reuniões formais com a equipa médica e de enfermagem e a observações dirigidas e participadas da prática de enfermagem.

Ao analisar a distribuição etária do concelho da área de abrangência da USF, verifiquei que o aumento de proporção das pessoas idosas em detrimento da população jovem (grupo etário 0-14 anos) tem vindo a aumentar. (Censos 2011) A população de adolescentes possui uma grande variedade multicultural, maioritariamente com imigrantes oriundos de África (Angola, Moçambique, Cabo Verde), da América do Sul (Brasil) entre outros. A diversidade cultural é de tal modo rica, que a prestação de cuidados requer uma adaptação a cada cultura e ao adolescente e família durante a consulta de enfermagem. Deparei-me nos diversos serviços com algumas dificuldades na comunicação nomeadamente a barreira linguística. A língua e a cultura não deve ser um entrave na relação e no cuidar com o adolescente e pais, embora tenha reparado que poderá ser impeditivo para o estabelecimento de uma comunicação efetiva para além destas dificuldades linguísticas, presentes na interação, teve de estar sempre presente o respeito pela cultura e crenças que cada um possui. Nas referidas situações procurei utilizar as estratégias e procedimentos adequados às necessidades de aprendizagem próprias de cada adolescente e pais, recorrendo a gestos, mímica, sons, imagens. Segundo Phaneuf (2005) a comunicação toma diferentes formas que desembocam nas sensações, nas emoções e na cognição. As sensações e as emoções são veiculadas por sinais corporais que vêm apoiar, complementar ou contradizer as palavras, designando-se de comunicação não verbal. A cognição dá acesso à linguagem, onde as mensagens são transmitidas por palavras, o que corresponde à comunicação verbal.

O atendimento ao adolescente é feito, com ou sem consulta marcada, o que permite maior acessibilidade e dar respostas atempadas. Os motivos mais frequentes de recorrência à USF estão relacionados com as consultas de rotina: consultas de EGS e consultas de Saúde da Mulher (Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar). No decorrer das consultas nos diferentes contextos de estágio, a entrevista ao adolescente assumindo as suas particularidades, teve como comum o permitir “recolher informação e estabelecer canais de comunicação para o futuro” (GOBP, p.20). Considero que a abordagem inicial, perceber o nome pelo qual o adolescente gosta de ser tratado, a capacidade de escuta, não emitir juízos de valor e não assumir um papel moralista, revelaram ser

passos essenciais para estabelecer uma relação de ajuda, dando oportunidade aos adolescentes e pais de manifestarem as suas necessidades e inquietações. Na relação com os adolescentes e família, foi essencial conhecer e compreendê-los, o que levou a que desenvolvesse atitudes na comunicação como o respeito e a escuta ativa. Foi através do apoio emocional e da relação que estabeleci que procurei gerir o seu cansaço, a exaustão e as emoções e sentimentos, tendo obtido um feedback positivo.

Foi necessário adotar uma comunicação efetiva que permitiu aprofundar áreas de comportamento de risco, implicando uma abordagem inicial de acolhimento, para que se estabelecesse uma relação mais profunda e para que se pudesse avançar a uma fase exploratória e depois resolutive. (GOBP, nº3, vol.1, p.32). A entrevista nestes contextos conduziu à identificação das necessidades reais ou problemas potenciais dos adolescentes e pais. Após diagnosticadas as necessidades, foi necessário planear intervenções, tomar decisões com responsabilidade, avaliar os resultados e, quando necessário, formular novos objetivos e intervenções para que se obtivessem os resultados benéficos e desejáveis para o adolescente, pais e para o enfermeiro de referência. Neste processo de tomada de decisão foi imprescindível o envolvimento e a parceria com adolescente e pais.

as consultas de enfermagem constituíram um ato iterativo que pressupôs uma articulação e uma associação de várias ações, entre elas as de ensinar e de instruir. Procurei observar e escutar as dificuldades manifestadas pelos adolescentes e pais, fornecendo informação antecipatória através do ensino e instrução, estimulando a sua confiança e estabelecendo uma relação de parceria que levasse a que estes desenvolvessem as suas capacidades.

A mestria no processo da comunicação foram fatores determinantes no processo de cuidar, por isso, foi imperioso adquirir, desenvolver, aplicar na prática e refletir sobre as práticas e as perícias de comunicação, principalmente nas interações mais complexas e delicadas, como em contexto do SUP e da UCIEP. A minha comunicação foi terapêutica, pois através da relação criada pude promover nos adolescentes e pais a oportunidade de crescer, amadurecer, atingir um estado de equilíbrio e satisfazer as suas necessidades.

Em concordância com o referido, considero que foi de extrema importância a reflexão diária sobre as experiências vivenciadas durante todos os períodos de estágio, tendo em conta a minha experiência, bem como os conteúdos teóricos adquiridos durante o Curso de Mestrado. Através da prática reflexiva, assente no pensamento crítico, pude inter-relacionar vários tipos de saberes que me permitiram uma adaptação a novas situações de forma orientada, ou seja, capacitando-me para uma gestão de situações complexas com conhecimento no contexto da prática de cuidados de enfermagem a adolescentes e pais, concordante com as competências do EESIP.

O pensamento crítico permitiu-me o julgamento profissional e uma tomada de decisão consciente e especializada no que se refere aos cuidados de enfermagem na área de ESIP, que consequentemente determinou a resolução e a adaptação a situações novas ou complexas com conhecimento, confiança e segurança. Este fator veio contribuir eficazmente para o desenvolvimento de competências nesta área. Neste contexto, tornou-se fundamental refletir sobre a prática, de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados na área de SIP, com qualidade e autonomia.

Para finalizar, quero referir que este objetivo foi amplamente concretizado, uma vez que pude prestar cuidados de enfermagem em contextos de saúde diferentes da minha realidade, aproveitando todas as oportunidades para enriquecer a nível profissional e pessoal. O que me deu importantes contributos para a consecução do segundo objetivo geral proposto e que a seguir se apresenta.

3.2. Metodologias de atendimento ao adolescente: formação da equipa de enfermagem e melhoria da qualidade dos cuidados

O meu desempenho ao longo dos diversos contextos de estágio enquanto futura EESIP requereu um desenvolvimento e aquisição de conhecimento teórico e a sua aplicação na prática. No decorrer dos estágios senti a necessidade de adquirir e atualizar novos conhecimentos na área da especialidade, de modo a poder responder às exigências que me iam sendo colocadas.

O recurso à evidência foi uma constante, essencialmente porque era prioritário o desenvolvimento de conhecimentos capazes de gerar um impacto positivo no atendimento ao adolescente. Através dos meus conhecimentos e experiência, da observação da prática dos cuidados do EESIP no contexto dos estágios, da pesquisa de informação com base na evidência científica, na opinião de peritos e na transmissão de conhecimentos, foi possível a promoção dos princípios de boas práticas no atendimento a adolescentes.

No contexto de estágio nas CE em ambiente hospitalar, foi verificada a necessidade de correlação entre o Modelo Teórico de Nancy Roper, mobilizado nesse serviço, e a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), a ser implementada futuramente. Relativamente ao Modelo de Nancy Roper, este surge da inter-relação dos fatores que influenciam as doze atividades de vida durante o ciclo vital do adolescente, sendo as atividades de enfermagem planeadas em torno deste conceito. No que se refere à CIPE tem um papel preponderante nos cuidados de Enfermagem, pois contribui para a tomada de decisão clínica, o registo dos cuidados e ainda para a sua organização. A inter-relação entre este modelo de cuidados e a linguagem classificada de enfermagem, foi apresentada através de um estudo de caso, no qual, a partir do histórico de enfermagem de um adolescente seguido na CE, assente na identificação das atividades de vida alteradas, se identificaram os focos alterados e as respetivas intervenções de enfermagem. Em concordância com a linguagem CIPE, foi elaborado um plano de cuidados tipo que foi apresentado à EESIP, permitindo estabelecer comparações e reconhecer a sua aplicabilidade.

Este tipo de atividade permitiu-me refletir não só sobre a existência e respeito por sistemas de trabalho (sistemas de registo), orientações técnicas, manuais de atuação, entre outros, que sendo instrumentos estratégicos indispensáveis a uma gestão de cuidados eficaz e eficiente, devem sempre acompanhar a melhor evidência produzida. Só isto possibilita aperfeiçoar a qualidade da assistência dos enfermeiros dando resposta adequada às transições humanas vividas pelo indivíduo ao longo do ciclo vital. A utilização da pesquisa na prática faz parte de um processo organizacional, o que quer dizer que é necessário um ambiente institucional que motive e suporte os esforços dos enfermeiros, para que ocorram

mudanças nas práticas. Esta ideia é partilhada por Alarcão e Tavares que referem que o supervisor deverá desenvolver nos formandos um conjunto de capacidade e atitudes com vista a excelência e qualidade dos cuidados. (2007, p.72) Concordante com a alínea c) e d) do artigo 88º- secção II do CD, considero que a formação dos enfermeiros deve assumir-se cada vez mais como uma parceria entre todos, para que haja uma partilha de experiências e conhecimentos, no sentido de consolidação dos cuidados prestados e, se necessário, reformular as práticas para atingir cuidados de excelência.

Sendo o meu local de trabalho uma USF considerei relevante a conceção de um Manual de enfermagem direccionado à equipa de enfermagem (**Apêndice VIII**), tendo como finalidade sistematizar o papel do enfermeiro no atendimento a adolescentes no meu local de trabalho, regulando e enquadrando a sua intervenção na vigilância de saúde dos adolescentes na consulta de EGS dos 12-13 anos. Este manual pretende ser um guia de orientação para a realização das consultas de enfermagem de EGS e facilitar a abordagem dos enfermeiros face às necessidades próprias dos adolescentes, sempre na perspetiva da sua atuação como membro de uma equipa multidisciplinar e garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Espera-se também que seja útil para a integração de novos elementos de enfermagem.

O manual teve por base o PNSIJ e pretendeu ser um complemento ao Manual de Boas práticas de SIJ da USF. O seu conteúdo reflete um contributo da experiência adquirida e desenvolvida durante o período de estágio, baseada na evidência científica, ou seja, "(...) uma prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis". (OE, 2006) Para atingir o objetivo delineado, numa fase inicial foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica através de uma revisão de literatura manual e eletrónica (base de dados científicas), no sentido de fazer uma seleção e posterior análise crítica ao conjunto de publicações relacionados com o tema. Numa fase posterior foi delineado um plano estratégico que contemplasse as aprendizagens adquiridas e desenvolvidas nos períodos de estágio. Este baseou-se na

observação da intervenção do enfermeiro no atendimento de adolescentes em diversos períodos de transição e nos diferentes campos de estágio, na realização de entrevistas a peritos em diferentes contextos profissionais, na identificação das necessidades e problemas dos adolescentes, na prestação de cuidados de enfermagem e na sua reflexão. Tendo em conta os fatores descritos, seguiu-se a elaboração do manual e a apresentação do seu conteúdo à equipa de enfermagem (**Apêndice IX**), propondo uma maior sensibilização para a problemática em questão e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A dinamização do Manual da Consulta de Adolescentes pressupôs não só a sua elaboração, mas uma apresentação formal à equipa de enfermagem, através da qual estimei os colegas a repensar sobre a prática e elucidei a equipa para a importância do seu papel no contexto dos cuidados de saúde primários, uma vez que se encontram numa posição privilegiada para detetar e reconhecer as necessidades dos adolescentes e os potenciais riscos para a sua saúde, tendo por base o atual PNSIJ. Deste modo, foi transmitida informação sobre os aspetos que contemplam o atendimento ao adolescente (a entrevista), a avaliação desenvolvimento físico, cognitivo, psicossocial e moral dos adolescentes e as necessidades inerentes ao seu processo transacional. Os colegas foram esclarecidos sobre a importância que os assuntos anteriormente referidos apresentam para o diagnóstico, monitorização, tratamento e reabilitação dos adolescentes e pais. Em cuidados de saúde primários, este aspeto reflete-se no rastreio do processo de desenvolvimento, na monitorização do crescimento, no aconselhamento aos pais, no tratamento da doença, na imunização, na educação e promoção da saúde e no encaminhamento de situações. Também a importância da relação terapêutica, sobre a qual assentam os cuidados de enfermagem, foi valorizada, uma vez que é importante que os adolescentes tenham confiança no enfermeiro de referência, de modo a que haja uma procura do próprio aos cuidados de saúde primários, garantindo uma melhor utilização dos serviços de saúde “com diminuição de custos para o SNS”. (Barroso et al, 2003, p. 89) Na sessão de apresentação estiveram a assistir a totalidade dos enfermeiros, sendo que o *feedback* dos mesmos foi avaliado por um questionário, o que me levou a concluir que todos consideraram a sessão muito positiva, ou seja, todos eles

atribuíram relevância e pertinência para a sua prática profissional e formação pessoal. (**Apêndice X**) Considero que a atualização dos conhecimentos com base na pesquisa e na metodologia científica, com a concomitante análise das práticas decorrentes, permitiu aos enfermeiros refletir e desenvolver a sua capacidade crítica, expandindo e sedimentando os seus conhecimentos, transpondo-os para a prática e proporcionando uma melhoria do atendimento a adolescentes e pais.

4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS DURANTE O PERCURSO FORMATIVO

A elaboração deste Relatório, permitiu-me relatar as experiências decorrentes dos campos de estágio no âmbito do saber, saber ser, saber estar e saber fazer. As competências desenvolvidas ao longo do percurso de vida profissional ou as adquiridas com base nos diferentes tipos de saber não podem ser omitidas ou refutadas, sendo pertinente fazer referência às mesmas neste capítulo do relatório.

Competência é um conceito que pressupõe a capacidade de mobilizar adequadamente saberes existentes ou adquiridos, e transpô-los para a ação, mobilizando conhecimentos, capacidades e estratégias, de forma a poder estar apto à resolução de situações que na eventualidade poderão apresentar complexidade na área de especialização. (Le Boterf (2005))

Os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação, compartilham uma série de competências que são designadas por competências comuns. São quatro os seus domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, gestão da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais. (Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011)

Quanto às competências específicas a sua aquisição e desenvolvimento, resultaram numa multiplicidade de acontecimentos, tendo como foco principal o adolescente e a profunda compreensão dos processos de transição a que estão sujeitos, um amplo entendimento e intervenção adequada face às necessidades e respostas humanas em situações específicas, garantindo a sua satisfação/ bem-estar e potenciada deste modo a qualidade dos cuidados.

Todos os períodos de estágio foram uma parte importante e imprescindível da formação para EESIP, sendo que todos os contextos em que o adolescente e pais se inseriram (Hospital, CS, VD), constituíram momentos ideais para avaliar e promover o desenvolvimento e crescimento do adolescente, prestar cuidados com

segurança, competência e satisfação do adolescente e pais, gerir o seu bem-estar, identificar situações e comportamentos de risco, mobilizar recursos e responsabilizar o adolescente pelas suas escolhas em relação à saúde. (Regulamento de Competências específicas do EESIP, p. 1).

No atendimento ao adolescente foi desenvolvida a competência no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (Comp. A), salvaguardando nomeadamente o respeito pela confidencialidade e privacidade, pelos valores, costumes, culturas e todos os aspetos previstos no Código Deontológico do Enfermeiro procurando a excelência do exercício profissional.

Na área da prestação de cuidados de enfermagem especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Comp. E3), convém salientar: a avaliação do crescimento e desenvolvimento e da transmissão de orientações antecipatórias aos adolescentes e pais para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil . Privilegiou-se uma abordagem sobre os cuidados a serem desenvolvidos em parceria, desde a avaliação das necessidades do adolescente, visto que a partilha de competências entre ambas as partes leva à satisfação das suas necessidades. As intervenções executadas foram planeadas com o adolescente e pais, o que implica trabalhar em cooperação e negociação, num processo de tomada de decisão consciente e orientada e partilhada. Numa tentativa de implementar e gerir em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, gerir o regime da inserção e reinserção do adolescente. Foi estabelecida uma parceria de cuidados, favorecendo o envolvimento familiar nos cuidados e a articulação com uma rede de recursos contribuindo para a sua autonomia. (Comp E1.1) Penso assim ter atingido claramente a competência “Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde”.(Comp E.3.4)

Durante o processo de cuidados, os pais foram incentivados a interagir e surgiram situações em que houve uma necessidade especial dos cuidadores manifestarem os seus medos e receios, de forma a poderem posteriormente participarem e prestarem os cuidados ao adolescente com apoio, ensino e supervisão do enfermeiro. No contexto dessa interação enfermeiro- adolescente, as

competências e as perícias de comunicação foram determinantes no processo relacional, sendo importante adquirir, desenvolver e implementar as estratégias de comunicação adequadas a cada adolescente/pais e a cada situação. O meu papel foi a gestão da própria informação, de sentimentos e emoções, tendo em consideração cada adolescente e as suas crenças e cultura. Por isso considero que a competência “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” e todos indicadores que lhe são inerentes foram claramente desenvolvidas. (Comp E.3.3)

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional da OE (2009, pág 7), a Enfermagem na Área de Especialização da Saúde da Criança e do Jovem é “Dirigida aos projetos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e inserção social em todos os contextos de vida”. Como enfermeira que presta cuidados de saúde primários, as minhas áreas de atuação visam a promoção da saúde e a prevenção da doença. Desenvolvo diariamente as minhas competências na deteção e reconhecimento de potenciais riscos para a saúde dos adolescentes, tendo muitas vezes que negociar com o adolescente e pais o melhor encaminhamento. Em contexto de estágio, considero que desenvolvi esta competência essencialmente no âmbito do estágio nas CE, uma vez que identifiquei situações que comprometiam a sua saúde e referenciei todos os casos de risco, que necessitassem de outro tipo de cuidados. Por este motivo considero que a competência “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/ jovem” (Comp E.1.2) foi satisfeita. Em contexto de cuidados diferenciados, nomeadamente em cuidados intensivos pediátricos, foi possível promover “(...) a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/ incapacidade”. Face à vulnerabilidade de algumas crianças e jovens pude realizar o encaminhamento do adolescente com incapacidade para uma instituição, tal como a Escola, de modo a promover a adaptação do próprio e dos cuidadores relativamente ao ambiente com que se irá deparar. (Comp E.2.5) Decorrente da prática assistencial neste campo de estágio e perante algumas situações complexas, que requeriam um

domínio da prática de cuidados de enfermagem muito específicos de determinadas situações, identifiquei lacunas de conhecimento, as quais senti necessidade de investigar. Só deste modo pude satisfazer as competências “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Comp E.2.1) e “Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (Comp E.2.3) no respeito pelo preconizado na alínea c), do artigo 88º do Código Deontológico dos Enfermeiros, procurei: “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Essencialmente nas situações de transição saúde-doença, foi necessário pesquisar para conhecer terapias de enfermagem de modo a atuar perante os efeitos negativos dos procedimentos dolorosos e invasivos que são executados, o que conduziu ao desenvolvimento da competência “ faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/ jovem, otimizando as respostas”.(Comp E.2.2) Também o recurso a terapias que promovam o bem estar físico, psicológico e espiritual de cada adolescente (através da musicoterapia, da massagem, do toque, de atividades lúdicas), promovendo a sua auto-estima, foram aplicadas nos diversos contextos de estágio, desenvolvendo a competência “Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”. (Comp E.2.4)

Neste enquadramento, a prática reflexiva e a prática baseada na evidência permitiu-me analisar os cuidados de enfermagem perante as situações mais complexas, o que constituiu uma oportunidade fundamental para potenciar intervenções eficazes e para o reconhecimento das necessidades de aprendizagens. Este fator levou-me a tomar decisões com conhecimento, ou seja, a decidir intervir e modificar hábitos e atitudes de trabalho, potencializando competências e habilidades para chegar a excelência do cuidar. Desta forma penso que desenvolvi a competência do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Pessoais. (Comp D) Assim sendo, o progresso sentido permitiu evoluir em termos de competências, apresentando espírito de iniciativa e

desenvolvendo todas as atividades de acordo com o referencial teórico e com a filosofia de trabalho de cada serviço. Pude assim desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz e motivadora no atendimento ao adolescente, contribuindo para o desenvolvimento da competência do Domínio da Gestão dos Cuidados (C), nomeadamente “Adapta o estilo de liderança e adequa o clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos”. (C.2.2)

Deste modo, a forma de dar resposta aos Padrões de Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2009, p. 15), surgiu com a elaboração e apresentação do Manual da Consulta de Enfermagem do Adolescente. Com esta atividade pretendi desenvolver as competências “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Comp B1) e “Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (Comp B.2)

Face ao enunciado neste capítulo, reconheço que na sua maioria consegui desenvolver competências específicas no âmbito do atendimento a adolescentes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório é um dos requisitos do processo de avaliação e consiste numa reflexão global do percurso desenvolvido durante o estágio, do qual faz parte um momento de introspeção sobre as atividades realizadas de modo a atingir os objetivos propostos e a adquirir e desenvolver competências inerentes ao EESIP. A elaboração deste relatório espelhou a realidade vivenciada em período de estágio e os resultados de aprendizagem em contexto de cuidados de saúde primários e diferenciados, nomeadamente no que se refere ao Atendimento ao Adolescente.

Tenho a consciência de que a multiplicidade de experiências, tendo sido promotora de profundas aprendizagens, poderá de algum modo ter dificultado a clareza da sua descrição no presente relatório. A importância de cada uma delas, e sua interligação permanente, não me permitiu evitar algumas repetições que decorrem, em parte, da ênfase que lhes fui atribuindo.

O Atendimento ao Adolescente é considerado de extrema importância para os EESIP, exigem um vasto conjunto de conhecimentos teóricos e experienciais que têm de estar presentes nos cuidados de enfermagem que lhes prestam, garantindo uma prática fundamentada na teoria. A apropriação e a contribuição do referencial teórico segundo Meleis foi fundamental para a prestação de cuidados de Enfermagem, pois permitiu refletir melhor sobre a problemática deste projeto, sustentando a prática clínica, na compreensão dos processos de transição vivenciados pelos adolescentes.

Analisar as características do atendimento humanizado ao adolescente, foi essencial para compreender as condições limitativas do atendimento ao adolescente, nomeadamente a existência ou não de: um espaço próprio para o atendimento (Unidades de Adolescentes, por exemplo) ou a insuficiente área física para a sua acomodação; um horário definido para o atendimento; os fatores externos que interferem na interação (como o ruído, as interrupções); a importância da formação de uma aliança terapêutica, manifestada através de um clima acolhedor, de uma relação de confiança, do respeito mútuo e da

sensibilidade dos enfermeiros para as necessidades dos adolescentes; a adoção de uma comunicação adequada e a garantia dos princípios éticos (privacidade, confidencialidade, autonomia e sigilo).

Fazendo uma retrospectiva dos estágios realizados, concluo que todos os serviços foram campos repletos de situações proporcionadoras de experiências, que se refletiram em momentos de aprendizagem. Cada campo de estágio revelou particularidades no atendimento ao adolescente, nomeadamente relacionadas com o ambiente, o tempo, a duração e as estratégias de cada interação em diversos contextos durante a fase de acolhimento. Neste sentido, foi possível aprofundar conhecimentos sobre as funções do EESIP, em que uma prestação de cuidados implica não só uma competência técnica mas uma componente humanizante para chegar a excelência do cuidar.

Como refere a OE (2010) em relação as competências específicas do EESIP, este trabalha em parceria com a criança/ adolescente e pais, em diversos contextos assistenciais (em hospitais, cuidados continuados, centro de saúde, escola, comunidade, casa), e tendo em conta as necessidades dos mesmos e as transições desenvolvimental, situacional e saúde-doença, procurando “promover o mais elevado estado de saúde possível, prestar cuidados à criança saudável ou doente e proporcionar educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa”. Da dedicação e empenho neste percurso, estabeleceram-se relações interpessoais com os adolescentes e pais, das quais surgiram algumas mudanças comportamentais pessoais e profissionais que resultaram num progresso na abordagem ao adolescente, nomeadamente no que diz respeito à interação em situações críticas e a elaboração de estratégias de intervenção direcionadas à promoção da saúde e prevenção da doença. Deste modo tornou-se possível adquirir e consolidar conhecimentos, refletir sobre as práticas assistenciais em ESIP; promover a reflexão sobre as práticas vivenciadas e realçar a necessidade da criação de momentos de reflexão conjunta sobre a intervenção global da equipa de enfermagem no atendimento a adolescentes. Através dos momentos de reflexão posso afirmar que consolidei os conhecimentos adquiridos neste processo de ensino e aprendizagem e atingi os objetivos propostos, o que se traduziu no

desenvolvimento de competências especializadas no campo de intervenção especializado da área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Em suma, num exercício autocrítico e reflexivo sistemático, o relatório constituiu um desafio pela sua complexidade que revela em si um processo lógico de evolução pessoal e profissional que considero ter sido bem-sucedido.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abuassi, C., Pacheco, A., (Março 2004), Implantação de um serviço de adolescentes. *Revista Adolescência e Saúde*, vol.1, nº 1 pp. 14-17 [Consult. 5 Abril 2013]. Disponível em www.adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf.asp?aid2=224...pdf
- Abreu, M., Azevedo, A., (Julho-Setembro 2012), O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição?, *Revista Adolescência e Saúde*, vol.9, nº 3 pp. 21-28 [Consult. 5 Abril 2013]. Disponível na Internet em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2007). Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem (2ª ed.). Coimbra: Livraria Almedina, p.72
- Almeida, Inez Silva de; RODRIGUES, Benedita Maria do R. D.; SIMÕES, Sônia Mara Faria (Mar-Abr 2005), – Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 58, n.º2 pp.147-151. [Consult. 25 Jun 2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a03.pdf>
- Almeida, Inez Silva de; RODRIGUES, Benedita Maria do R. D.; SIMÕES, Sônia Mara Faria (Julho 2007 – Hospitalização do Adolescente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 7, n.º1), pp.33-39. [Consult. 12 julho 2013]. Disponível em http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol7-n1/v.7_n.1-art4.refl-hospitalizacao-do-adolescente.pdf
- Andrade, F., Pereira, L., (Fev. 2005). Contributos da consulta de enfermagem na educação do idoso diabético. *Revista Nursing*, nº 196, pp. 10-13
- Azevedo, A., A Consulta do Adolescente, Brasil. Disponível em <http://www.somape.com.br/Consulta%20do%20Adolescente.pdf> , Acedido a 18-12-12

- Barroso, M., Ferreira, G., Machado, M., Lemos; P., (2003) Referenciação pediátrica- que realidade?, Acta Pediátrica Portuguesa, nº2, vol. 34, , pp. 89-93
- Benner, P. (1984) – From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley
- Benner, Patricia; Tanner, Christine A.; Chesla, Catherine A.(1996).Expertise in Nursing practise, Caring, Clinical Judgement and Ethics. New York, Springer Publishing Company.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2005) - *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP)*: versão 1. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Diogo, P.; Rodrigues, L. (2002) – Os estilos parentais: determinantes no desenvolvimento da Criança e na sua capacidade de enfrentar a Doença e a Hospitalização. *Revista Servir*, nº 50: 1 12-20.
- Diogo, P.; Rodrigues, L., 2012O trabalho emocional: reflexão e investigação em cuidados de enfermagem, *Revista Pensar em Enfermagem*, vol. 16, nº1, 1ºsemestre, , p.62-71
- Fortin, M. 1999.– O processo de Investigação da concepção à realização. 1ª ed. Coimbra: Lusociência,
- Gontijo,D.: Medeiros, M. (2007) - Crianças e Adolescentes em Processo de Exclusão Social, Goiana. 34 119-133. (Consultado a 11 de Julho de 2012, Disponível em <http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/viewFile/311/252>)
- Le Boterf, Guy (2002), Desenvolvendo a competência dos profissionais. 2ª ed. São Paulo: Editora Artemed,.
- Le Boterf, Guy 2005- «Construir as Competências Individuais e Coletivas». Porto: Edições ASA,

- Matos, Margarida Gaspar de [et al.] (2010) - Aventura social: a saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo de 2010 da Rede Europeia HBSC/OMS. Lisboa: Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA.
- Meleis, A. (2007). Theoretical Nursing Development & Progress. 4ª Ed. Philadelphia
- Meleis, A., Sawyer, L., IM, E. O., Hilfigir, Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science* 23(1), pp.12-28. (Consultado a 16 de Junho de 2012, Disponível em http://books.google.pt/books?id=TdLhXm5fpx8C&pg=PA52&lpg=PA52&dq=Experiencing+transitions:+an+emerging+middle-range+theory.&source=bl&ots=7hMkxPNOJ6&sig=18AzvFaVoi7YWE2QRGfgJam6CbA&hl=pt-PT&sa=X&ei=XakRUJ68E8iciAeW_YGYCQ&ved=0CFwQ6AEwAw#v=onepage&q=Experiencing%20transitions%3A%20an%20emerging%20middle-range%20theory.&f=false)
- Melo, E. O. (Novembro 1999) - Acessibilidade/utilização do serviço de urgência do hospital pediátrico de Coimbra, *Revista de Enfermagem*, nº 3 59-62. [Consultado a 5 Abril de 2013]. Disponível em http://www.esenfc.pt/esenfc/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=92&id_rev=5&id_dicao=18
- Mendes, M., A Organização dos Cuidados e a Parceria com os Pais em Pediatria, Transferibilidade do conhecimento de enfermagem de família, Acedido a 12-03-14. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19940/1/Organiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20cuidados%20e%20a%20parceria%20com%20os%20pais%20em%20pediatria.pdf>
- McDonald, K., et al. (2006) – Measures of pediatric health care quality based on hospital administrative data. *Pediatric Quality indicators* 9-24.

- Miguel, Luís Sá, Armando, (2010) Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir- Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Ministério da Saúde e Alto Comissariado da Saúde Lisboa,
- Minas Gerais. (2006) Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do Adolescente. 1. ed. Belo Horizonte: SAS/MG,. p. 152. [Consult. 05/01/2012]. Disponível em: http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_adolescente.pdf
- Munoz, M., Oliveira, J., (Jan-Junho 2007) O Escolar Hospitalizado e Suas Implicações para a Saúde e Educação, *Revista Salus*, Guarapuava-PR, p. 65-74
- Ordem dos Enfermeiros (Abril 2006)- *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*- Revista em Conjunto pela Saúde, Lisboa, nº21, , p.34 Consultado a 10 de Janeiro de 2014, Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_21_Abril_2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (Maio 2010) - *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. [Consult. 03/01/2012]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20CE_267_2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (Setembro 2010) - *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE*, Série I, nº 3. b, p. 69-70 [Consult. 03/01/2012]. Disponível em: https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPraticaSaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf. p.69-70
- Ordem dos Enfermeiros (Novembro 2010) - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*, [Consult. 05/01/2012]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentacaoCompetenciaCriancaA7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

- Ordem dos Enfermeiros (22 de Outubro de 2011). Aprovado por Unanimidade na Assembleia Geral Extraordinária *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 63 [Consult. 05/01/2013]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

- Oliveira, P., Nóbrega, M., Silva, A, Filha, M. (2005), Comunicação terapêutica em Enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva- *Revista Electronica de Enfermagem*. V. 7, nº1, p.54-63 [Consult. 03/12/2013]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/861/1035>

- OMS (2011) - Health topics: adolescent health. [Consult. 09 Abr. 2011]. Disponível em: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.

- Pais, S. A, Menezes, I., *A participação associativa na vivência com doença crónica. Sociedades desiguais e paradigmas em confronto: livro de actas do X congresso luso-afro-brasileiro de ciências sociais*. Vol. 5, p. 671- 681 [Consult. 15 Janeiro 2014]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/53980>

- Papalia, Diana E., OLDS, Sally W., FELDMAN, Ruth D. (2001), O mundo da criança. 8ª Edição. Lisboa: Editora MC Graw-Hill de Portugal, Lda.,

- Poletto, M., Koller, S., Aglio, D. (2009), Eventos estressores em crianças e adolescents em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre- *Revista Ciência e Saúde Colectiva* volume14,nº2, p.455-466 [Consult. 4 Abril 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a14v14n2.pdf>

- Prazeres, V. et al., (2005) Saúde dos Jovens em Portugal: Elementos de caracterização, DGS. Lisboa,

- Prazeres, V. et al. (1998). Saúde dos Adolescentes- Princípios Orientadores, DGS. Lisboa

- Santos, C., Ressel, L., (Jan-Março 2013) O adolescente no serviço de saúde. *Revista Adolescência e Saúde*, vol.10, nº 1 pp. 53-55 [Consult. 5 Abril 2013]. Disponível em www.adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf.asp?aid2=224...pdf
- Sampaio, Daniel, Vozes e Ruídos: Diálogos com Adolescentes. Lisboa: Caminho, 2002
- Senna, S., Dessen, M., (2012) Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência, Brasília. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722012000100013&script=sci_arttext Acedido a 20-12-12
- Sousa, P., (2006) Desenvolvimento Moral na Adolescência, Coimbra,. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0296.pdf> Acedido a 22-12-12
- Sprinthall, N. W., Collins, A., (2008) Psicologia do adolescente- Uma abordagem Desenvolvimentista, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa,
- Whaley, Wong, (1999) Enfermagem Pediátrica- Elementos Essenciais à intervenção efectiva, 5ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara,

Sítios:

• http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_censos_indicadores&xpid=CENSOS

• http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_105/DL_298_2007.pdf

Apêndices

Apêndice I-

Quadro resumo: As Teorias do Desenvolvimento e as Características
da Adolescência

Quadro Resumo – As Teorias do Desenvolvimento e as Características da Adolescência

	11/ 13 Anos	15 Anos	18 Anos
Teorias do Desenvolvimento	<p>Erikson – 5ª Idade, Identidade Vs Difusão ou Confusão – é neste estágio que se dá a construção da identidade, que está em constante mudança, que é construída com base nas informações adquiridas nas interações diárias do adolescente com outros e através da experimentação de diversos papéis, o que permite ao adolescente reconhecer-se como pessoa única e distinta de todos os outros. Como consequência, adolescentes que recebem encorajamento e reforço apropriados para sua exploração pessoal tendem a emergir desse estágio com um sentido mais forte de si mesmo e um sentimento de independência e controle. Por outro lado, ao não conseguir distinguir os diferentes papéis, o adolescente pode experimentar uma confusão de identidade.</p>		<p>Erikson – 6ª Idade – Intimidade Vs Isolamento – nesta fase o adolescente desenvolve relações amigáveis com os outros. É neste estágio que há a procura de uma relação mais íntima que pode envolver a relação sexual. O adolescente, se não conseguir estabelecer laços sociais, tenderá a isolar-se do que o rodeia.</p>

	<p>Piaget – Estádio das Operações abstratas – é neste estadio que surge um novo tipo de pensamento por meio da assimilação e da acomodação de novas estruturas: o pensamento lógico, abstrato e formal. Aqui, o adolescente já resolve problemas, coloca mentalmente as hipóteses, deduz as consequências, formula e verifica hipóteses. O adolescente sabe que para além da sua perspectiva sobre determinado tema, também existe a perspectiva do outro que em nada pode ter a ver com a dele. O adolescente revela uma maneira própria de compreender a sua realidade e constrói sistemas filosóficos, éticos e políticos como tentativa de se adaptar e mudar o mundo. Neste estágio surge um novo tipo de egocentrismo, aqui, o adolescente considera que pode resolver todos os problemas e que as suas ideias é que são as corretas.</p> <p>Kohlberg- o desenvolvimento cognitivo condiciona o desenvolvimento moral do adolescente. A justiça é considerada o princípio moral básico e a essência da moralidade reside maioritariamente em considerações de igualdade, de equidade e em justiça do que no cumprimento ou violação de normas ou regras sociais. Representa um novo e mais compreensivo sistema de organização mental.</p> <p>Freud – Estádio Genital – Ocorre a reativação, na forma madura e genital, de vários impulsos sexuais e agressivos experimentados pela criança nas fases iniciais do seu desenvolvimento (oral, anal e edípica). Nesta fase do desenvolvimento juvenil, a zona erógena é a genital. O prazer sexual envolve todo o corpo.</p>		
Desenvolvimento Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Surgem os caracteres sexuais secundários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os caracteres sexuais secundários já estão num estado de grande avanço; • Há uma desaceleração no crescimento das raparigas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fisicamente atingiram o seu estado de maturidade; • Estrutura e crescimento reprodutivo praticamente completo.

	11/ 13 Anos	15 Anos	18 Anos
Desenvolvimento Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Procura novos valores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado interesse por problemas filosóficos, políticos e sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> • O pensamento abstrato está estabelecido; • É capaz de ver os problemas de uma forma mais abrangente; • A identidade intelectual está estabelecida.
Identidade	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupa-se com as rápidas alterações físicas; • Experimenta diferentes papéis; • Conforma-se às regras de um grupo; • Expressa o seu mau humor com acessos de raiva, agressões verbais e palavrões. 	<ul style="list-style-type: none"> • O adolescente modifica a sua imagem corporal; • Idealista; • É capaz de entender as repercussões do seu comportamento e decisões atuais; • Muito auto-concentrado. 	<ul style="list-style-type: none"> • O adolescente sente-se confortável com o seu desenvolvimento físico; • Os seus papéis estão definidos.
Desenvolvimento Social	<ul style="list-style-type: none"> • Existe um forte desejo de continuar dependente dos pais enquanto se tenta desvincular dos mesmos; • Não existem conflitos devido ao controle e supervisão dos pais; • Aumento brusco de amizades com pessoas do mesmo sexo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade em que o relacionamento com os pais é pouco favorável; • Existe uma maior impulsividade para a emancipação; • O seu comportamento é estabelecido pelo grupo para que haja aceitação pelo grupo; • Explora a capacidade de atrair o sexo oposto; • Tendência para se retrair quando se sente magoado ou aborrecido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concluída a separação emocional e física dos pais; • Menos conflitos com a família; • A emancipação está quase assegurada; • Dá preferência a amizades individuais e não à do grupo; • O grupo deixa de ter tanta importância; • Os relacionamentos são caracterizados pelo dar e pelo receber.

Sexualidade	11/ 13 Anos	15 Anos	18 Anos
	<ul style="list-style-type: none"> • Há uma auto-exploração e avaliação do seu corpo; • A intimidade é limitada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Experimenta a sensação de estar apaixonado; • Existe uma tentativa para o estabelecimento de relacionamentos; • Há uma identificação interna sobre atrações heterossexuais, homossexuais ou bissexuais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consegue uma relação estável; • Pode assumir publicamente a sua orientação sexual; • Envolve-se intimamente.
Moral	10 anos	13-14 anos	16-18 anos
		Os valores morais assentam no desempenho de bons ou maus papéis e no sentido de agradar e de ir de encontro às expectativas dos outros (base do julgamento convencional, que inclui o estágio 3 e/ou 4)	

<ul style="list-style-type: none"> • Os valores morais assentam em acontecimentos externos, nas más ações ou em necessidades físicas, em vez de nas pessoas ou padrões. (base do julgamento pré-convencional, que inclui o estágio 1 e/ou 2) • Raciocínio concreto, orientado pela obediência e castigo, respeito por quem exerce poder superior evitando as punições ou para obtenção de ganhos materialistas (estádio 1) • Orientação egoísta, sendo que as ações corretas são as que satisfazem o próprio. Consciência que o significado das coisas depende das necessidades de cada um. Percepção do sentido da troca e da reciprocidade. (estadio 2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tentativa para obter aprovação dos outros, através comportamentos “naturais” face ao papel desempenhado ou segundo imagens estereotipadas (pessoas de referência) • Qualquer solução simplista para um problema difícil da vida quotidiana tornar-se-á aliciante desde que aprovada por um grupo de referência (estádio 3) • Pensamento dominado por aspetos superficiais (aparência, penteado, vestuário). • Características do estadio 2 estão igualmente presentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • O predomínio do estágio 3 é evidente na população de adolescentes desta faixa etária. • No entanto, o adolescente poderá estar orientado para demonstrar respeito pelo poder superior, manter a ordem social e tem em consideração as expectativas que os outros têm dele próprio. (estádio 4) • Características do estadio 2 também podem estar presentes.
--	---	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Senna, S., Dessen, M., **Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência**, Brasília, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722012000100013&script=sci_arttext, Acedido a 20-12-12
- Sousa, P., **Desenvolvimento Moral na Adolescência**, Coimbra, 2006. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0296.pdf> Acedido a 22-12-12
- Sprinthall, N. W., Collins, A., **Psicologia do adolescente- Uma abordagem Desenvolvimentista**, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2008
- Azevedo, A. **A Consulta do Adolescente**, Brasil. Disponível em <http://www.somape.com.br/Consulta%20do%20Adolescente.pdf> Acedido a 18-12-12

Apêndice II-

Objetivos de estágio

Objetivo Geral	Objetivos Específicos
<p>1. Desenvolver competências na mobilização de processos e modelos de intervenção de enfermagem adequados à prestação de cuidados específicos a crianças, jovens e famílias, com base na Teoria de Médio Alcance de Meleis</p>	<p>1.1. Prestar cuidados especializados, com elevado grau de qualidade a nível científico, humano e técnico aos adolescentes, promotores de uma transição saudável e em todos os contextos de aprendizagem</p>
	<p>1.2. Desenvolver processos de interação com as crianças, adolescentes e famílias facilitadores do seu processo de transição</p>
	<p>1.3. Analisar as melhores práticas de cuidados transicionais no atendimento a adolescentes</p>
	<p>1.4. Compreender a dinâmica funcional dos diferentes locais de estágio, incluindo a metodologia de trabalho e a prática da prestação de cuidados de enfermagem, com enfoque no atendimento a adolescentes</p>
<p>2. Desenvolver metodologias de atendimento ao adolescente, que promovendo os conhecimentos da Equipa de Enfermagem, contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados, no meu local de trabalho</p>	<p>2.1. Dinamizar os princípios de boas práticas promotoras dos cuidados transicionais a adolescentes e do desenvolvimento profissional, a nível individual e coletivo, sustentadas nas práticas e com base na evidência</p>
	<p>2.2. Elaborar um Manual de enfermagem direcionado ao atendimento do adolescente na consulta de enfermagem de EGS, capacitando os enfermeiros para os cuidados transicionais neste grupo etário</p>

Competência Específica: E1- Assiste o adolescente/ família na maximização da sua saúde E.1.2 Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem
E3- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem e família

Objetivo Específico- 1.1 Prestar cuidados especializados, com elevado grau de qualidade a nível científico, humano e técnico aos adolescentes, promotores de uma transição saudável e em todos os contextos de aprendizagem

Atividades	Recursos	Local de Estágio	Critérios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre os cuidados transicionais específicos a cada criança, adolescente e família nos diferentes campos de estágio - Levantamento das necessidades e problemas de saúde de cada criança, adolescente e família nos diferentes campos de estágios - Aplicação da Teoria de médio alcance da transição de Meleis a cada criança, adolescente e família para que alcancem uma transição bem sucedida -Ensino de atividades promotoras do processo de desenvolvimento, de saúde-doença ou situacional em que a criança, adolescente e família vivencia -Transmissão de cuidados antecipatórios às crianças, adolescentes e famílias promotores de cuidados transicionais. - Negociação do envolvimento dos pais na promoção dos cuidados à criança, adolescente e família durante as fases de transição vivenciadas - Análise e discussão sobre o que foi observado e refletido - Avaliação das atividades desenvolvidas em cada local de estágio - Orientação tutorial 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes • Pais • Equipas de enfermagem dos locais de estágio • Professor Orientador <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia literária • Bases de dados eletrónicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais EPE da Área da Grande Lisboa • USF, da Área da Grande Lisboa 	<ul style="list-style-type: none"> • Diário de aprendizagem • Relatório final

Competência Específica: E1- Assiste o adolescente/ família na maximização da sua saúde E.1.1.2- Negoceia a participação da criança e adolescente e família, adotando técnicas de comunicação apropriadas ao estadió de desenvolvimento e cultura, desenvolvendo ensinós, promovendo comportamentos saudáveis, recorrendo à rede de recursos comunitários de suporte, e estabelecendo parcerias com agentes da comunidade.

E3- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem e família

E.3.3- Comunica com a criança e família com técnicas de comunicação adequadas ao estadió de desenvolvimento e à cultura

Objetivo Específico- 1.2 Desenvolver processos de interação com as crianças, adolescentes e famílias facilitadores do seu processo de transição

Atividades	Recursos	Local de Estágio	Crítérios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre as técnicas e barreiras à comunicação, os fatores facilitadores e dificultadores da transição na adolescência - Observação dirigida e participada das características do atendimento e da entrevista ao adolescente/ família realizada pela equipa de enfermagem - Interação com os adolescentes através da comunicação verbal e não verbal, proporcionando a relação terapêutica adequada ao processo de transição que estão a vivenciar - Implementação de técnicas de comunicação adequadas ao meu contexto de trabalho e em diferentes contextos que permitam desenvolver a capacidade de comunicação - Análise e discussão sobre o que foi observado e refletido - Realização de reflexões sobre atividades e aprendizagens realizadas na interação com adolescentes - Avaliação das atividades desenvolvidas em cada local de estágio - Orientação tutorial 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes • Pais • Equipas de enfermagem dos locais de estágio • Professor Orientador <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia literária e informática 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais EPE da Área da Grande Lisboa • USF, da Área da Grande Lisboa 	<ul style="list-style-type: none"> • Diários de aprendizagem em • Relatório final

Competência Comum: D.2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. D.2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Objetivo Específico- 1.3 Analisar as melhores práticas de cuidados transicionais no atendimento a adolescentes

Atividades	Recursos	Local de Estágio	Critérios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Verificação das características do atendimento a adolescentes e famílias - Observação dirigida e participada na entrevista ao adolescente/ família realizada pela equipa de enfermagem - Observação das intervenções realizada pela equipa de enfermagem nos cuidados antecipatórios ao adolescente e família - Observação e cumprimento dos objetivos da vigilância de saúde dos adolescentes e jovens - Registo, interpretação e avaliação das observações - Observação de enfermeiros peritos na área - Entrevista semiestruturada a um perito - Pesquisa bibliográfica sobre o atendimento a adolescentes - Integração dos conhecimentos apreendidos nesta área e operacionaliza-los em novos comportamentos na prestação de cuidados a adolescentes 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes • Pais • Equipas de enfermagem dos locais de estágio • Professor Orientador • Perito <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia literária e informática 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais EPE da Área da Grande Lisboa 	<ul style="list-style-type: none"> • Diários de aprendizagem • Relatório final • Dados recolhidos através da entrevista semi-estruturada

Competência Comum: C- Domínio da Gestão dos cuidados C2. Adapta a lidera e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados

Objetivo Específico- 1.4 Compreender a dinâmica funcional dos diferentes locais de estágio, incluindo a metodologia de trabalho e a prática da prestação de cuidados de enfermagem, com enfoque no atendimento a adolescentes

Atividades	Recursos	Local de Estágio	Critérios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos modelos de intervenção em enfermagem na prestação de cuidados a crianças, adolescentes e famílias - Análise dos modelos de intervenção em uso nos diferentes contextos de estágio - Consulta de documentos para conhecer área de abrangência, os recursos humanos e materiais, a população-alvo e diagnósticos de enfermagem mais frequentes em cada contexto de estágio - Conhecimento mais pormenorizado das características da comunidade de adolescentes pertencentes à USF - Conhecimento dos projetos desenvolvidas na área de pediatria, particularmente no âmbito da saúde dos adolescentes e famílias - Articulação com a rede de recursos da comunidade - Reflexão sobre a prática de prestação de cuidados de enfermagem com especial enfoque no atendimento a adolescentes (mais pormenorizadamente no âmbito da consulta de EGS, se possível) 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes • Pais • Equipas de enfermagem dos locais de estágio • Professor Orientador • Equipa da Unidade de Saúde Pública <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais EPE da Área da Grande Lisboa • USF, da Área da Grande Lisboa 	<ul style="list-style-type: none"> • Diários de aprendizagem • Relatório final

Competência Comum: D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. D.2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

Objetivo Específico- 2.1 Dinamizar os princípios de boas práticas promotoras dos cuidados transicionais a adolescentes e do desenvolvimento profissional, a nível individual e coletivo, sustentadas nas práticas e com base na evidência

Atividades	Recursos	Local de Estágio	Critérios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Observação de enfermeiros peritos na área da adolescência no contexto da sua prática - Entrevista a peritos na área da adolescência - Pesquisa bibliográfica sobre a prática de cuidados na área da adolescência em diferentes contextos, baseada na evidência - Identificação de oportunidades de aprendizagem da equipa de enfermagem relacionadas com o contexto da sua prática - Planificação de ações de formações destinadas à equipa de saúde - Prestação de cuidados especializados, seguros e competentes com base na prática baseada na evidência 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipas de enfermagem dos locais de estágio • Peritos • Professor Orientador • Perito <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia literária e informática • Questionário. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais EPE da Área da Grande Lisboa • USF, da Área da Grande Lisboa 	<ul style="list-style-type: none"> • Diários de aprendizagem • Relatório final • Dados recolhidos através da entrevista semi-estruturada

Ompetência Comum: B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B.1.1 Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade. B2- Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática

Objetivo Específico- 2.2 Elaborar um Manual de enfermagem direcionado ao atendimento do adolescente na consulta de enfermagem de EGS, capacitando os enfermeiros para os cuidados transicionais neste grupo etário

Atividades	Recursos	Local de Estágio	Critérios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre programas realizados na área da adolescência ou na área pediátrica, com <i>guidelines</i> de boas práticas - Determinação dos objetivos do manual de enfermagem - Descrição das atividades a desenvolver e os recursos utilizados - Divulgação e discussão do conteúdo do manual à equipa de enfermagem - Observação da prática dos enfermeiros no atendimento ao adolescente 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipas de enfermagem dos locais de estágio • Professor Orientador • Peritos <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia literária e informática 	<ul style="list-style-type: none"> • Local de trabalho: USF 	<ul style="list-style-type: none"> • Diários de aprendizagem • Manual de Enfermagem • Relatório final

Apêndice III-

Atendimento a Adolescentes- caracterização dos locais de estágio

Atendimento a Adolescentes- Caracterização dos Locais de Estágio

UNIDADE DE SAÚDE	CONSTITUIÇÃO DA EQUIPA	PROVENIÊNCIA DAS CRIANÇA, DOS ADOLESCENTES E FAMÍLIAS	MISSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de um Hospital EPE	4 médicos (2 de medicina geral e familiar e 2 EESIP) 1 enfermeiro chefe, 3 EESIP e 30 enfermeiros generalistas	Vinda direta do domicílio ou encaminhadas por outras Unidades de Saúde	Prestar cuidados a crianças e jovens com situações de doença aguda, caracterizadas pelo risco de vida eminente ou não, ou seja, situações não programadas de carácter emergente ou urgente (Despacho nº9871/2010 de 2010-06-11).
Unidade de Cuidados Intensivos Especiais Pediátricos (UCIEP) de um Hospital EPE	1 enfermeiro chefe, 1 EESIP e 20 enfermeiros generalistas	Encaminhadas através da consulta de Pediatria, de qualquer departamento da Unidade Hospitalar, de outras unidades Hospitalares ou quando esgotada a possibilidade de internamento nas Unidades de referência.	Prestar cuidados de saúde especializados numa situação crítica de saúde utilizando os recursos disponíveis de forma eficiente, incentivando a formação de profissionais de elevada qualidade e o desenvolvimento da investigação em saúde.
Serviço de Internamento Pediátrico (SIP) de um Hospital Privado	1 enfermeiro chefe, 2 EESIP e 20 enfermeiros generalistas	Encaminhadas através do Atendimento Médico Permanente (AMP) de Pediatria, do Serviço de Observação (SO) pediátrico; da Consulta de Pediatria ou de Especialidades Pediátricas; do Hospital de Dia Cirúrgico e da Unidade de Neonatologia.	Prestação cuidados de enfermagem de excelência a todos os clientes que procuram a Instituição de Saúde.
CE de Pediatria- Consulta do Adolescente de um Hospital EPE	2 EESIP 2 médicas pediatras (pioneiras da Consulta de Adolescentes)	Referenciadas através dos diversos serviços do Hospital e das Unidades de Referência da área de abrangência.	Prestar cuidados de enfermagem de modo a facilitar a adaptação do adolescente às particularidades do seu estadio de desenvolvimento, contribuindo para o auto-cuidado, a autonomia, a independência, a promoção da saúde, a prevenção da doença e das suas complicações.
Unidade de Saúde Familiar (USF)	7 médicos (~ 1/ 1750 utentes) 5 enfermeiros (~ 1/ 2450 utentes), dos quais: 1 Especialista em Saúde Materna	Vinda direta do domicílio ou encaminhadas pelas Unidades de Referência da área de abrangência	Prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (DL 298/2007, art. 4º)

Apêndice IV-

Cronograma de estágio

CRONOGRAMA

ANO	2012												2013											
MÊS	OUTUBRO					NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO						FEVEREIRO				MARÇO
DIAS	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	20	1	3	7	14	21	28	4	11	18	25	4
	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	19	31	2	6	13	20	27	3	10	17	24	3	8
ESEL																								
SUP, Hospital da Área da Grande Lisboa				OT S 23																				
UCI Pediátrica, Hospital da Área da Grande Lisboa																								
Serviço de Internamento Pediátrico, Hospital da Área da Grande Lisboa																								
Consultas Externas de Pediatria, Hospital da Área da Grande Lisboa																								
USF, da Área da Grande Lisboa																								

OT- Orientação Tutorial de 2h-2h30

S- Seminários

Apêndice V-

Atendimento ao Adolescente: Guião de observação da interação
enfermeiro- adolescente

ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE- GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DA INTERAÇÃO ENFERMEIRO- ADOLESCENTE

Registo de observação nº _____

Data: _____

Serviço: _____

Local da interação: _____

Idade do adolescente: _____

Sexo: _____

Duração da interação: _____

ASPECTOS A OBSERVAR	REGISTO DO OBSERVADO	ANÁLISE/ COMENTÁRIOS
<p>➤ <u>AMBIENTE:</u> (Diogo, p. 116, p.178)</p> <p>Descrição das características e adequação ao adolescente, tal como a acessibilidade (barreiras económicas, burocráticas, horário) e o ambiente físico, do qual fazem parte:</p> <p>luminosidade, cheiros, sons, temperatura, cores, pinturas nas paredes e tetos, materiais educativos (vídeos e desenhos animados, revistas, programas de informática), música</p> <p>➤ <u>PROCESSO DE ATENDIMENTO</u></p> <p><u>ENFERMAGEM:</u></p> <p>Fase de acolhimento: proporcionar um ambiente seguro e afetuoso, do qual fazem parte: (Diogo, p. 116, p.178)</p>		

<ul style="list-style-type: none"> • <u>Acolhimento</u>: <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do enfermeiro de referência - Apresentação do serviço e normas funcionamento - Identificar a razão da ida ao serviço de saúde e a principal preocupação do adolescente/ pais ou cuidadores - Verificar por quem o adolescente se faz acompanhar, as suas reações e atitudes - Fornecer informações e explicações (guia de acolhimento se aplicável) - Demonstrar disponibilidade (ajuda permanente, capacidade ouvir, de presença e de resposta) <ul style="list-style-type: none"> • <u>Cumprimento</u> na primeira interação de um modo afetivo • <u>Expressar afeto</u> • <u>Gerar ambiente familiar</u> (confiança) • <u>Preservar a segurança, a confidencialidade e a privacidade</u> <p>Tempo de duração da interação : GuiaOBP</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>primeira entrevista</u> (entre 30- 90 minutos. 50 minutos permitem bons níveis de atenção e concentração) 		
--	--	--

- contactos frequentes (30 segundos- 15 minutos, com intervenções breves, garantem eficácia)

➤ **APRECIACÃO** (Phaneuf, p. 251)

Durante a fase exploratória, o enfermeiro através da Entrevista de Enfermagem: (Guia Orientador de Boas Práticas p. 20)

- tem em consideração a idade e desenvolvimento do adolescente

- identifica o motivo da entrevista na perspetiva do adolescente e pais/ cuidadores (F.A.C.T.O.R.E.S)- Família, Amigos, Colégio/Trabalho, Tóxicos, Objetivos, Riscos, Estima, Sexualidade (Garcia Tornel-GuiaOBP)

- colhe dados que permitem identificar problemas, fatores de risco, dúvidas, antecedentes pessoais e familiares, áreas para aprendizagem

Utiliza as seguintes estratégias para prevenir e identificar problemas: (Jackes Salomé)

- trata separadamente as questões

- identifica os pontos de conflito e as zonas de intolerância

- concentra-se sobre os interesses em jogo e não sobre as posições
- clarifica o que cada um procura
- imagina soluções que representem um benefício mútuo em função dos projetos anunciados
- propõe critérios objetivos (evitar suposições, intenções...)
- evita levar o adolescente à derrota dando a possibilidade de ganhar em relação às suas próprias expectativas
- emprega energias para chegar amigavelmente a um acordo resultante de um consenso
- não ameaça ou desqualifica o adolescente

Postura demonstrada pelo adolescente: (Guia Orientador de Boas Práticas p. 59)

- Falador: rodeio do assunto, sem ir ao cerne do que o preocupa- camuflagem
- Nervoso/ Ansioso: receio de observação/ questionamento, podendo verbalizar ou não verbalizar (tremor das mãos, da voz...)
- Silencioso: sentimento de culpa, receio de ser

repreendido, por o obrigarem a recorrer aos serviços de saúde

- Provocador: utiliza a ironia, a escarna quando não controla a situação. Inter-relacionado com o nervosismo/ansiedade

- Agressivo: verbaliza palavras/expressões ofensivas ou age de modo hostil ou injurioso

- Choro

Nota: descrever os aspetos do discurso e das expressões que permitem dizer isto

➤ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES**

O Enfermeiro na fase resolutive, após uma fase de apreciação procura formular os diagnósticos de enfermagem, planear as suas intervenções, validando com o adolescente e pais/ cuidadores:
(GuiaOBP)

- as metas a atingir em curto prazo

- os cuidados antecipatórios

-o reforço da competência do adolescente, dos comportamentos positivos e da sua autoestima e

<p>confiança</p> <ul style="list-style-type: none"> - a negociação com o adolescente sobre informações, a partilhar com os pais e a frequência de futuros contactos (disponibilizar recursos) - regista diagnósticos e intervenções, resultados esperados e informação relevante, em sistema de informação apropriado <p>➤ <u>CARACTERÍSTICAS DA INTERACÇÃO:</u></p> <p>O enfermeiro <u>nutre os cuidados com afeto</u> num momento próprio ou vinculado aos procedimentos, de modo espontâneo ou intencional, utilizando nesta situação:</p> <p>Comunicação Verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliza a voz (embalada e suave) - Adequa a fala à idade do adolescente (linguagem simples e realista. Não usar termos técnicos ou calão juvenil) - Escuta ativamente: aceita deixar falar, estimula, relança, amplia e religa, é sensível aos sentimentos e emoções, clarifica e reatualiza. Evita interrupções (entrada e saída de pessoas, chamadas telefónicas) 		
--	--	--

Comunicação não verbal (Phaneuf, p. 251) (Paula Diogo)

- Adota uma postura e atitudes corporais (calma e carinhosa)
- Os gestos (movimentos balanceados com a cabeça)
- A distância ou proxémica
- Contacta visualmente (atento, interessado), capta as impressões iniciais sobre o adolescente (roupas, postura, gestos, estado de ânimo, forma como se expressa...)
- Sorri
- Sincroniza a respiração
- Utiliza o silêncio de modo adequado (evitar porque pode ser entendido como uma interpretação moralista ou juízo de valor)
- Tem em consideração a aparência geral
- Usa adequadamente o toque (manifestações de afeto (festas e toques suaves, abraços)

Características pessoais que o enfermeiro demonstrou na interação: (Guia Orientador de boas

Práticas, Diogo)

- Estar motivado para compreender, valorizar e escutar
- Ser capaz de conquistar e transmitir confiança
- Gostar muito de adolescentes (de contactar, conhecer, gostar de estar e passar o tempo com eles) e não projetar os seus próprios conflitos da adolescência nos jovens
- Ter maturidade pessoal, autoestima, sensibilidade, genuinidade (evitar assumir o papel do adolescente)
- Demonstrar valores morais, espirituais e culturais sólidos e congruentes
- Possuir um modo afetivo de ser:
 - utiliza o humor na prática dos cuidados, é sorridente, transmite descontração, alegria e boa disposição
 - simpático (autoridade com flexibilidade, não ser ríspido)
 - naturalmente afetuoso (meigo, carinhoso, atencioso, gentis)
 - acessível (colocar à vontade e dar abertura para

<p>que o adolescente obtenha ajuda- relação de ajuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser congruente, evitando substituir os pais - Experimenta atitudes positivas para com o outro: calor, atenção, afeição, interesse - ter respeito (sentimentos, necessidades, etc) - demonstra estar em empatia com o adolescente (confiança nas suas capacidades, responsável pelas ações, honestidade), não julgar, fazendo com que o adolescente assuma as suas próprias responsabilidades. Compreensão empática, crença no outro, interesse e respeito, aceitação do outro - aceita os próprios sentimentos - ser visto como não ameaçador - considera o adolescente como um processo em evolução (ao nível do processo transacional) - paciente (suporta e aceita dificuldades, incómodos, relações difíceis com tranquilidade) - sereno (postura calma, pausada, não apressada e não invasiva, aproximar-se com calma e tranquilidade) 		
---	--	--

<p><u>O Enfermeiro gere as emoções dos adolescentes:</u></p> <p>Gestão emocional de antecipação e reativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acesso prévio a informação sobre estadio emocional do adolescente e pais - Experiência da parentalidade do enfermeiro - Conhece as implicações da experiência profissional (sobre a doença e hospitalização) <p>➤ TERMINUS DA RELAÇÃO:</p> <p>O enfermeiro verifica/ valida com o adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a compreensão da situação - o bem estar subjetivo - a mestria no desempenho do seu papel - o bem estar na relação enfermeiro- adolescente - a satisfação das principais necessidades do adolescente e pais/ cuidadores (demonstram ter compreendido, aceitado, estarem motivados, menos preocupados...) - a próxima vinda ao serviço de saúde <p>Experiência de parentalidade do enfermeiro (Diogo)</p>		
--	--	--

<p>(sensibilidade vigilante para as crianças e transições dos adolescentes). Observada através das respostas/reações, características emotivas ou temperamentos, capacidade de lidar com a doença e hospitalização dos adolescentes e pais, relacionar a história com comportamentos dos adolescentes e pais – avaliada através de entrevistas. Em algum momento da situação o enfermeiro Verbaliza ou manifesta a sua experiência da parentalidade? Se sim qual? Como?</p>		
---	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P., **Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica – 1 processo de metamorfose da Experiência Emocional no acto de cuidar**, Lusociência, Loures, 2012
- Lopes, M., **A Relação Enfermeiro- Doente como Intervenção Terapêutica**, Formasau, Coimbra, 2006
- Ordem dos Enfermeiros (2010). **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**, série 1, nº3, volume 1, Lisboa
- Phaneuf, M., **Comunicação, Entrevista, relação de ajuda e validação**, Lusociência, Loures, 2002
- Salomé, J., **Relação de ajuda- guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional**, Petropolis, 1995

Apêndice VI-

Guião de entrevista semi-estruturada- Enfermeiro e Consentimento

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA

INTRODUÇÃO	INTERAÇÃO ENTREVISTADOR/ ENTREVISTADO
<p>1. Explicação sumária do trabalho que estou a desenvolver</p>	<p>Variável, tendo em conta os conhecimentos prévios que o entrevistado tiver dos itens descritos</p>
<p>2. Explicação da entrevista, tendo em conta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - os objetivos - a estrutura da entrevista - o tratamento dos dados - a confidencialidade - a caracterização do ambiente da entrevista e do entrevistado 	
FASE NARRATIVA	
<p>Objetivo: Obter narração causal e factual do conhecimento e da experiência do entrevistado</p> <p>Questões:</p> <p>1. Do conhecimento que tem dos adolescentes que recorrem ao serviço, quais são as principais dificuldades/ necessidades que eles apresentam? Na sua opinião, que impacto tem para o adolescente a vinda a este serviço?</p> <p>2. Na sua experiência, de que modo a equipa de enfermagem/ os EESIP:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) minimizam o impacto do episódio de doença ou internamento de adolescentes e famílias? b) conhecem e mobilizam que tipo de recursos? 	<p>Emitir sinais verbais e não-verbais de atenção e compreensão. Solicitar pequenos esclarecimentos no decorrer da entrevista e, se necessário, questionar mais pormenorizadamente algum aspeto que não tenha sido abordado pelo entrevistado.</p>

<p>3. Da sua experiência, de que modo a equipa de enfermagem/ os EESIP mobilizam os princípios éticos do atendimento aa adolescentes e famílias, como o respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo?</p> <p>4. Na sua perspetiva, como vê a comunicação/ interação que se desenvolve entre o enfermeiro e o adolescente e pais na prestação de cuidados?</p> <p>5. Na sua opinião quais são as características pessoais e profissionais dos enfermeiros que facilitam e promovem a relação com os adolescentes?</p> <p>6. Considera que os enfermeiros têm conhecimento da rede de recursos disponíveis na área de abrangência do seu local de trabalho a que os adolescentes podem recorrer? Como se articulam os cuidados entre o seu local de trabalho e as outras entidades de saúde?</p>	
<p>FASE DE BALANÇO</p>	
<p>Objetivo: Elaborar uma síntese final e solicitar os últimos esclarecimentos, se necessário.</p>	<p>Acrescentar comentários ou perguntas consideradas pertinentes, tendo em conta a satisfação dos objectivos delineados.</p>

CONSENTIMENTO INFORMADO – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA ENFERMEIRO

Mestranda: Catarina Florêncio

Orientadora: Prof.ª Mª Teresa Oliveira Marçal

Esta entrevista surge no âmbito do estágio inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem: área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o tema: **“A Intervenção do Enfermeiro no Atendimento a Adolescentes no âmbito da consulta de Exame Global de Saúde”**.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interromper a entrevista em qualquer momento.

Tudo o que disser será estritamente confidencial.

Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista. A gravação poderá ser interrompida em qualquer momento se assim o desejar.

Obrigada pela Colaboração!

Eu, _____,
declaro aceitar participar nesta entrevista e autorizar a gravação áudio da mesma.

Data: ____/____/____

Assinatura do Entrevistado

Apêndice VII-

Trabalho com os adolescentes sobre a sua experiência de hospitalização e interação com os enfermeiros- Aspectos a contemplar na prestação de cuidados

TRABALHO COM O ADOLESCENTE SOBRE A SUA EXPERIÊNCIA DE HOSPITALIZAÇÃO E INTERAÇÃO COM OS ENFERMEIROS – ASPECTOS A CONTEMPLAR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS:

Registo nº _____

Data: _____

Serviço: _____ **Local da interação:** _____

Idade do adolescente: _____ **Sexo:** _____ **Duração da interação:** _____

FASES DA ENTREVISTA	
INTRODUÇÃO	REGISTO DE OBSERVAÇÕES
<p>1. Caracterização do ambiente da entrevista</p> <p>Caraterização do ambiente da entrevista segundo guião de observação da interação enfermeiro- adolescente</p> <p>2. Garantir a privacidade e a confidencialidade</p>	
FASE NARRATIVA	
<p>Objetivo: Identificar as necessidades sentidas pelos adolescentes e pais/ cuidadores face ao processo de hospitalização e interação com os enfermeiros, durante o período de hospitalização.</p> <p>Questões (aspetos a considerar):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos e emoções do adolescente durante a hospitalização - Modo de comunicação dos enfermeiros com os adolescentes - Fatores facilitadores e perturbadores que interferiram na comunicação/ interação do adolescente com o enfermeiro - Fatores que poderiam ter ajudado a uma transição bem sucedida (desenvolvimental, saúde-doença e situacional) 	
FASE DE BALANÇO	
<p>Objetivo: Solicitar os últimos esclarecimentos, se necessário e agradecer a sua colaboração.</p>	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Pena, A., Juan, L. (2001). **A experiência de crianças hospitalizadas sobre sua interação com os profissionais de enfermagem.** Consulta a: 1 de Novembro de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000600021&script=sci_arttext&tlng=pt
- Almeida, I., Rodrigues, B., Simões, S. (2007) **Hospitalização do adolescente.** Consulta a: 1 de Novembro de 2012. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/14-hospitalizacao-do-adolescente.html>
- FERREIRA, M. (Março 1998). **O Internamento na Adolescência.** Revista Nursing, Edição Portuguesa, nº 20, p.30-33

Apêndice VIII-

Manual da Consulta de Enfermagem do Adolescente- EGS 12-13 anos



Manual da Consulta de Enfermagem do Adolescente

- Exame Global de Saúde dos 12-13 anos -

Elaborado por: Enf^a Catarina Florêncio

2013

“Realidade e ficção são inseparáveis em literatura.

E não há duas coisas mais parecidas do que entrar na adolescência e mergulhar
num livro de aventuras”.

Pedro Cavalcanti

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	5
1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	7
1.1 A Adolescência e as Teorias do Desenvolvimento	7
1.2 Necessidades e Problemas de Saúde dos Adolescentes.....	9
2. PRINCÍPIOS DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO EGS DOS 12-13 ANOS	12
2.1 Política de Saúde do Adolescente.....	12
2.2 Local de Atendimento.....	12
2.3 Competências Comunicacionais.....	12
3. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E ESTILOS DE VIDA DOS ADOLESCENTES.....	15
3.1 Formas de abordagem.....	15
3.2. Temas de conversa.....	16
3.2.1 Transformação pubertária.....	17
3.2.2 Alimentação.....	18
3.2.3 Prática desportiva.....	18
3.2.4 Escola/ Família/ Amigos.....	19
3.2.5 Ocupação de Tempos Livres.....	19
3.2.6 Sexualidade.....	20
3.2.7 Segurança e Acidentes.....	20
3.2.8 Consumos Nocivos.....	21
3.2.9 Hábitos de Sono e Repouso.....	21
3.3 Parâmetros a examinar.....	22
3.3.1 Tensão Arterial.....	22
3.3.2 Peso.....	23
3.3.3 Estatura.....	23
3.3.4 Índice de Massa Corporal.....	25
3.3.5 Pele.....	25
3.3.6 Cavidade Oral.....	26
3.3.7 Estadio Pubertário.....	27
3.3.8 Postura.....	30
3.3.9 Rastreio Oftalmológico e Auditivo	31

3.3.10 Avaliação do Estado Mental	32
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

APENDICES

Apêndice I- A Adolescência e as Teorias do Desenvolvimento	
Apêndice II- Guião de observação do Atendimento ao Adolescente - Interação Enfermeiro- Adolescente	
Apêndice III- Os Registos da Consulta de Enfermagem do Adolescente e a Linguagem CIPE: Fenómenos e Intervenções de Enfermagem	
Apêndice IV- Sessão de formação aos adolescentes: HPV	

ANEXOS

Anexo I- Características do atendimento juvenil	
Anexo II- Locais de Atendimento a Adolescentes	
Anexo III- Equivalência de açúcar nos alimentos	
Anexo IV- A Roda dos Alimentos e Regras para uma alimentação saudável	

Índice de Figuras

Figura 1- Alterações da Puberdade.....	17
Figura 2- Plano de Frankfurt.....	24
Figura 3- Hirsutismo na face.....	25
Figura 4-Acne facial.....	26
Figura 5- Desenvolvimento dentário.....	27
Figura 6- Estadio de Tanner- sexo feminino.....	28
Figura 7- Estadio de Tanner- sexo masculino.....	29
Figura 8-Ginecomastia.....	30
Figura 9-Escoliose.....	30
Figura 10-Escala de Monoyer.....	31

0. INTRODUÇÃO

A fase da adolescência é considerada uma fase do ciclo vital, caracterizada pela transição entre a infância e a vida adulta (Papalia, 2000, p.508) Inerentes a esta fase de transição surgem mudanças, que mais adiante serão apresentadas, que poderão despoletar momentos de crise e conduzir ao desenvolvimento e à integração de condutas e comportamentos que poderão influenciar a saúde dos adolescentes no futuro. Segundo Meleis et al (2000) os adolescentes ao experimentar uma transição, tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, afetando a sua saúde e bem-estar, ou seja, “as transformações que ocorrem na adolescência e os contextos vivenciados por este grupo torna-o particularmente vulnerável, criando maiores possibilidades de desenvolver problemas de saúde”. (Prazeres, 2005)

Sendo este um grupo vulnerável, onde qualquer intercorrência pode ter uma consequência major no desenvolvimento e saúde dos mesmos, é importante identificar estilos de vida, atitudes e comportamentos e estimular o conhecimento e a adopção a estilos de vida saudáveis. Neste sentido, a manutenção e a promoção da saúde dos adolescentes é pois uma área prioritária nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), visto que o contexto em que a adolescência se processa poderá afectar o crescimento e desenvolvimento dos adolescentes.

Neste contexto, este documento tem como finalidade uniformizar o papel do enfermeiro no atendimento a adolescentes na USF, regulando e enquadrando a sua intervenção na vigilância de saúde dos adolescentes na consulta de Exame Global de Saúde (EGS) dos 12-13 anos. Deste modo, este manual deverá propor um modelo de intervenção que harmonize as práticas dos enfermeiros de modo a facilitar a sua abordagem face às necessidades próprias dos adolescentes, sempre na perspectiva da sua actuação como membro de uma equipa multidisciplinar e garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

O Manual da Consulta de Adolescentes é um complemento ao Manual de Boas práticas de Saúde Infantil e Juvenil da USF e, tendo por base o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, irá refletir a abordagem a alguns temas importantes para a

prevenção e promoção da saúde dos adolescentes, como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento dos adolescentes na faixa etária supracitada.

Assim sendo, para a realização deste manual, tomei como ponto de partida a definição de alguns conceitos introdutórios, nomeadamente a abordagem ao conceito de adolescência e as diversas teorias do desenvolvimento aplicadas a fase de transição. De seguida, irão ser abordadas as necessidades e problemas dos adolescentes e posteriormente serão descritos os princípios que regem a intervenção enfermeiro na abordagem ao adolescente. Por fim, serão apresentadas as considerações finais.

Para a elaboração deste documento procedi à pesquisa bibliográfica e à consulta de bases de dados, no sentido de obter informação actual e relevante. No entanto, apesar da sua elaboração conter informações aceites em contexto actual, preconiza-se a sua revisão após 3 anos ou sempre que se vier a considerar necessário.

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1 A Adolescência e as Teorias do Desenvolvimento

A palavra adolescência vem do latim *adolescere* e significa “crescer”. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como a idade compreendida entre os 10 e os 19 anos, sendo os 19 anos o limite da idade pediátrica.

Em 1993 a Comissão Nacional de Saúde Infantil adoptou o esquema proposto pela OMS, que pretende ser mais simples e adequado face às grandes diferenças num período tão longo e heterogéneo, distinguindo duas fases durante a adolescência: dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos. Contudo, Whaley e Wong (1999, p. 342) subdividem-na em três períodos distintos: dos 11 aos 14 anos, dos 15 aos 19 anos e dos 18 aos 20.

No entanto, a adolescência não pode ser considerada como uma etapa cronológica, mas sim como um conjunto de percursos individuais, traçados por cada adolescente, onde cada um inconscientemente tenta ultrapassar diversos obstáculos para chegar à idade adulta.

De um modo geral, pode definir-se a adolescência como uma fase da vida caracterizada pela transição entre a infância a vida adulta e que apresenta características próprias, manifestada por profundas mudanças a nível físico, mental, cognitivo, psicossocial e cultural. (Papalia, 2000, p.508) Por isso, a adolescência é considerada um período de transformação profunda que implica capacidade de adaptação às mudanças que vão surgindo. O processo de transição depreende a percepção da mudança, sendo que esta apenas acontece quando o adolescente está consciente das alterações que estão a decorrer, características do próprio processo de transição que empreende atividades como a procura de informação e apoio, a identificação de novas formas de viver e de estar e a modificação de atividades anteriores (Meleis, 2007). A falta de consciência significa que o adolescente pode não estar preparado para a transição (Meleis et al., 2000).

Como foi referido, na adolescência são notórias as alterações biopsicossociais no crescimento e desenvolvimento físico e sexual, no desenvolvimento cognitivo, na construção da identidade e no desenvolvimento moral. São características que são comuns aos vários adolescentes, embora o modo como a transição se processa varie de adolescente para adolescente.

As alterações ao nível do crescimento e desenvolvimento físico e sexual caracterizam a fase da puberdade, envolvendo a mudança da aparência física, que poderá influenciar a auto-imagem do adolescente. Atendendo à teoria psicossocial **Freud**, este período é caracterizado pela Fase Genital, em que a sexualidade do adolescente é orientada pela energia dirigida aos impulsos sexuais, devido à maturação orgânica e ao aumento das hormonas sexuais. A sua sexualidade vai organizar-se a partir das interações com os pais e no seu contacto com o grupo de pares. É considerada uma fase de grande transformação biológica, em que há uma grande variabilidade no desenvolvimento pubertário e na qual o comportamento sexual vai depender das mudanças físicas. É nesta fase que é construída a identidade sexual do adolescente. (Sprinthall e Collins, 2003)

Todas estas alterações têm em vista a construção da identidade e a aquisição de autonomia, que quando adquiridas orientam a pessoa na sua transição de adolescente para jovem adulto. A nível social, o adolescente confronta-se com uma problemática identitária ao nível da construção do seu eu. A relação de dependência que o adolescente apresenta da família é substituída por outros referenciais, como o grupo de pares, que assumem uma relação mais significativa para o adolescente. Segundo **Erikson**, nesta etapa o adolescente tem como meta a aquisição de uma individualidade, de uma identidade, sendo assim um momento de transição em que o adolescente questiona quem é e o que deseja ser, levando-o a questionar valores, interesses, atitudes, comportamentos (identidade vs confusão de identidade). Esta tarefa é facilitada por uma maior autonomia que se caracteriza pela necessidade do adolescente em conquistar o domínio de si próprio e obter um espaço mental para refletir e se relacionar fora da família. E, neste sentido, o grupo de pares constitui a transição necessária para o mundo externo, pois a identidade constrói-se nas experiências vividas e o grupo de pares

interfere nos modelos de identificação para o adolescente (Sprinthall e Collins, 2003)

No que se refere ao desenvolvimento cognitivo e social, o pensamento torna-se mais elaborado e aperfeiçoa-se a capacidade de formular conceitos abstratos e raciocínios lógicos, que poderão modificar a representação que o adolescente tem de si e do mundo que o rodeia. Segundo **Piaget**, esta fase de desenvolvimento coincide com quarto estadio de desenvolvimento cognitivo, o pensamento operatório formal, caracterizado pelo raciocínio hipotético- dedutivo e simbólico, igualmente caracterizado pelo egocentrismo cognitivo e pela alteração da relação sócio-afectiva, ou seja, as ideias, atitudes e decisões que o adolescente assume são pensadas por si próprio, deixando os pais de ser o seu foco de orientação e de sabedoria, função agora desempenhada pelos amigos. (Sprinthall e Collins, 2003)

Relativamente ao desenvolvimento moral, parece-me pertinente referenciar **Kohlberg**. Segundo este autor, o desenvolvimento cognitivo condiciona o desenvolvimento moral do adolescente, sendo que o adolescente deverá passar por diferentes estadios. A justiça é considerada o princípio moral básico e a essência da moralidade reside maioritariamente em considerações de igualdade, de equidade e em justiça do que no cumprimento ou violação de normas ou regras sociais. Representa um novo e mais compreensivo sistema de organização mental. (Sprinthall e Collins, 2003)

Para um maior aprofundamento deste capítulo, deverá ser consultado o **Apêndice I**.

1.2 Necessidades e Problemas de Saúde dos Adolescentes

As necessidades e problemas dos adolescentes estão intimamente ligados com as transições típicas desta fase. Segundo Prazeres (1998), as necessidades de saúde dos adolescentes, assumem características particulares, que são o reflexo do processo de crescimento e desenvolvimento que atravessam. Prazeres (2005) refere que “as transformações que ocorrem na adolescência e a multiplicidade de contextos sociais e interpessoais, vivenciados por este grupo torna-o particularmente vulnerável, criando maiores possibilidades de desenvolver problemas de saúde”. Ainda segundo o mesmo autor, “os adolescentes

representam um dos grupos etários que utiliza menos os cuidados (...) em Portugal como noutros países”.

Para além da promoção da satisfação das necessidades como a alimentação equilibrada, a vacinação, a atividade física, os enfermeiros também devem dar relevo às necessidades cognitivas. Estas últimas estão relacionadas com a aquisição de saberes, a (re) construção da identidade pessoal e a construção de projetos para o futuro.

A maturidade do adolescente passa pela autonomia afetiva e na evolução das relações afetivas, no qual o adolescente se descobre a si próprio e constrói a sua identidade sexual, que está estreitamente relacionada com a modificação na relação com os pais e os grupos de pares. Para a construção da identidade sexual é importante que o adolescente abandone a relação de dependência infantil e assuma as suas escolhas sexuais. A saúde reprodutiva é considerada uma necessidade de saúde dos adolescentes e, neste sentido, é necessário que o enfermeiro promova estilos de vida sexual saudável e previna situações de risco, não penalizando a expressão dos afetos nem reprimindo as condutas sexuais. Para isso é necessário que os adolescentes desenvolvam capacidades de decisão pessoal sobre comportamentos, assente em valores e atitudes face à sexualidade.

A vertente psicossocial das necessidades biológicas é um fator indispensável na intervenção em saúde dos adolescentes, devendo o EESIP procurar conhecer o ambiente que o rodeia e que pode de alguma forma alterar o seu estilo de vida e comportamento, como por exemplo os padrões e rotinas familiares. Deste modo, o contexto em que a adolescência se processa pode afetar o desenvolvimento e o comportamento do adolescente com a família, com grupo de pares, na escola e a sua saúde e bem-estar. (Sprinthall e Collins, 2003) Dever-se-á ter em consideração que as necessidades relacionadas com os estilos de vida e os comportamentos de saúde, apresentam uma componente social muito acentuada, podendo implicar um risco para a saúde do adolescente a curto, médio ou longo prazo. Os comportamentos de risco, tais como o consumo de tabaco e o consumo de álcool, são muitas vezes designados por condutas de ensaio, que “potenciam o crescimento e desenvolvimento pessoal e estimulam a autonomia”. (Prazeres, 1998) Parece-me pertinente referir que estes fatores podem não gerar problemas

de saúde se o consumo não for em quantidades excessivas, sendo então a morbidade na adolescência explicada pelas causas orgânicas de doença aguda que interferem na vida quotidiana dos adolescentes, como as infeções respiratórias, os problemas dermatológicos (acne), entre outros. (OMS, 2011).

Os comportamentos de risco anteriormente referidos podem constituir apenas um comportamento de experimentação da vida ou, por outro lado, conduzir à situação de dependência. Por este motivo, deve avaliar-se corretamente o comportamento dos adolescentes, antes de se garantir a existência ou não de um transtorno. Relativamente ao campo da saúde mental, verifica-se um aumento da incidência dos transtornos de humor (as situações de depressão), transtornos alimentares (desvios do comportamento alimentar) e comportamentos suicidas. (OMS 2011). Este facto e todos os referidos anteriormente, implicam uma deteção antecipada dos fatores de proteção e de risco do adolescente, sendo os primeiros considerados “fatores positivos individuais ligados aos contextos de vida (...) e que permitem o desenvolvimento pleno das potencialidades”, como por exemplo a autoimagem positiva, a autoestima, o apoio familiar ou a “acessibilidade aos cuidados de saúde”. (Prazeres, 1998) Relativamente aos fatores de risco, estes estão muitas vezes relacionados por exemplo, com um ambiente familiar disfuncional e condições socioeconómicas degradadas, condutas conflituosas desencadeadas pelos grupos de pares, entre outros que podem potenciar a vulnerabilidade do adolescente a problemas de saúde. (Matos, M. et al., 2010) A identificação de padrões de vulnerabilidade permite a antecipação de cuidados e a implementação de intervenções de enfermagem necessárias de modo a satisfazer as necessidades específicas e a inserção social dos adolescentes e pais, como por exemplo os que sofrem de doença crónica ou rara (diabetes mellitus, a epilepsia, a esquizofrenia, etc).

Neste sentido, perante os períodos de mudança e face às necessidades individuais que os adolescentes apresentam, é necessário que a equipa de saúde desenvolva capacidades de resposta com base na prevenção e promoção da sua saúde.

2. PRINCÍPIOS DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO EGS DOS 12-13 ANOS

O acesso do adolescente à USF deve ser facilitado e ampliado, garantindo o atendimento das suas necessidades de saúde. (**ANEXO I**) Segundo Fonseca (2009) as características do atendimento ao adolescente estão relacionadas com a implementação de algumas medidas que serão apresentadas de seguida.

2.1 Princípios relativos à Política de Saúde do Adolescente

- a. Respeitar os direitos dos adolescentes contemplados na Carta dos Direitos da Criança (ONU, 1959)
- b. O SNS deve garantir o acesso ao SNS e responder às necessidades de saúde dos adolescentes de um modo integrado, acessível, eficiente e em ambiente adequado
- c. Garantir a confidencialidade, autonomia e privacidade

2.2 Princípios relativos ao Local de Atendimento

- a. Local acessível, sem burocracias e horário flexível
- b. O atendimento deverá contemplar o tempo ideal para esclarecimento de dúvidas, partilha de experiências, prevenção e deteção precoce de disfunções/alterações
- c. A decoração do espaço físico deve ser adequada à idade

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários na região da grande Lisboa, existem diversos locais de atendimento para adolescentes, com o objetivo de facilitar a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde. (**ANEXO II**)

2.3 Princípios relativos às Competências Comunicacionais

A comunicação verbal, de acordo com Phaneuf (2005), deve ser:

- a. **Simple** (uso de termos que sejam compreendidos pelo adolescente que escuta, excluindo abreviaturas, siglas, termos específicos e médicos, com construções de frases demasiado complicadas);
- b. **Clara** (utilização de conceitos que não levem a várias interpretações; devem ser dadas as explicações necessárias);

- c. **Breve, concisa e em ligação com o tema principal a desenvolver** (para que o adolescente não se perca nas explicações de uma comunicação que toca em vários assuntos ao mesmo tempo);
- d. **Apropriada ao tempo e às circunstâncias** (escolher o momento mais conveniente para recolher ou comunicar informações relevantes);
- e. **Adaptada às reações do adolescente** (o enfermeiro deve ter a capacidade de adaptar o discurso de acordo com a reação do adolescente, modificando o curso da interação).

Relativamente à **atitude comunicacional** o enfermeiro deve privilegiar a atitude de **apoio** e de **compreensão empática**, de modo a obter, por parte do adolescente, sentimentos de afetividade, confiança, suporte emocional e aceitação. Assim, deve recorrer a frases/ palavras como: *“Concordo”; “Parabéns”; “Se bem compreendi o que sentes é...?”; “Pelas tuas palavras depreendo que...”*.

A linguagem corporal pode transmitir ao adolescente mensagens negativas e positivas. O enfermeiro deve adotar uma **linguagem corporal** que transmita uma linguagem positiva, tal como a postura direita mas simultaneamente descontraída, ou seja, confortável, de cabeça erguida ou levemente inclinada, mãos descontraídas, e recorrendo a poucos movimentos. A **expressão facial** deve transmitir ar descontraído, interessado e atencioso, sorriso genuíno, boca descontraída; e a **voz** deve ser sonora, firme, agradável, suave e fluente, com fácil eloquência e risos só associados a humor.

Na consecução do atendimento ao adolescente no âmbito do EGS, a entrevista ao adolescente pressupõe assim uma interação que permita ao enfermeiro não só colher informações, mas delinear planos para possíveis estratégias de ações. Para esse fim, deve ser estruturada em três fases (fase de acolhimento, exploratória e resolutive) e deve possibilitar “identificar as suas necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências”. (GOBP, nº3, vol.1, p.14)

Segundo o GOBP (nº3, vol.1, p. 20), são objetivos da entrevista ao adolescente:

- a avaliação do desenvolvimento psicossocial e afetivo,

- a prevenção e identificação de problemas reais
- o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Para além destes objetivos, na abordagem ao adolescente e pais, o enfermeiro deverá priorizar as necessidades que os mesmos consideram de maior relevância e também deve procurar delinear planos para possíveis estratégias de ações. Deste modo estará a contribuir para que os adolescentes assumam de forma gradual as responsabilidades inerentes às fases de transição que lhe estão inerentes.

O enfermeiro que realiza a entrevista ao adolescente deve ter em consideração alguns pontos importantes durante o processo de interação e que se relacionam com as particularidades deste período. **(Apêndice II)**

Na primeira consulta, é importante que o enfermeiro se apresente à família e ao adolescente, explicando os objetivos da entrevista e sensibilizando o adolescente para a importância da sua colaboração. Mesmo que vários enfermeiros participem no atendimento, é sempre importante que algum deles se torne de referência para o adolescente. A abordagem ao adolescente deverá ser a mais completa possível, devendo o enfermeiro priorizar os aspetos que o adolescente considera de maior interesse para ele e os aspetos mais importantes do ponto de vista do enfermeiro, estabelecendo metas e objetivos reais. À semelhança de outras consultas de saúde infantil, os dados de cada consulta deverão ser registados no Boletim Individual de saúde e programa em uso (SAPE), numa perspetiva de continuidade de cuidados.

3. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E ESTILOS DE VIDA DOS ADOLESCENTES

A equipa de enfermagem tem um papel importante como agente de saúde, contribuindo para a adoção de hábitos saudáveis e práticas seguras pelos adolescentes e famílias.

A educação para os estilos de vida saudáveis deve ser: baseada nas suas capacidades de aprendizagem, nos conhecimentos prévios e nos objectivos de cada um; flexível e personalizada, ou seja, adaptada às necessidades e maturidade de cada adolescente; culturalmente sensível e desenvolver-se a um ritmo e frequência que satisfaça as necessidades individuais. Numa primeira etapa, a educação para a saúde não vai resolver os problemas dos adolescentes com dificuldades ou comportamentos desviantes mas, no entanto, “o trabalho preventivo consiste (...) em relativizar a norma, a fim de que ela não se torne culpabilizante, em minimizar o poder de transformação dos hábitos, para não radicalizar a informação”. (Andrade, 1995, p.14) o que significa que para que seja eficaz deve ser um processo contínuo, repetido periodicamente, avaliado e ser realizado por uma equipa de saúde com competência em saúde de adolescentes.

Desde modo, pretende-se que os adolescentes optem por estilos e comportamentos de vida saudáveis.

3.1 Formas de abordagem

Existem quatro intervenientes no processo de interacção com o adolescente, sendo ele próprio, a família, os grupos de pares e o Enfermeiro.

O processo de interação com os adolescentes/ família poderá decorrer de forma:

Individual – é uma forma de abordagem que poderá ocorrer com o adolescente e família nos primeiros contactos ou somente com o adolescente. No entanto, a equipa de enfermagem deve ser sensível às necessidades do adolescente,

informando e explicando ao adolescente/ família que poderá iniciar-se uma entrevista em conjunto numa primeira fase e com o adolescente sozinho numa fase posterior (Grossman et al, 2004).

Na presença do adolescente e da família devem usar-se as informações fornecidas pela família sobre o motivo da consulta e sobre informações referentes à história pregressa do adolescente.

Esta forma de abordagem facilita o estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro e o adolescente/ família, permitindo adaptar os objetivos a alcançar face às necessidades individuais, às capacidades e aos conhecimentos. Permite ainda adequar a linguagem ao adolescente/ família e proporcionar condições para que seja estabelecido um plano de ação conjunto. Ao longo das entrevistas individuais será feita a avaliação da educação, do alcance dos objetivos e da qualidade de vida do adolescente/ família, sendo que por fim será estabelecido em parceria o plano futuro.

Grupal – esta forma de abordagem permite a transmissão de informação e a troca de experiências entre vários adolescentes/ famílias em simultâneo. Este tipo de abordagem deve ser utilizado em fases posteriores, quando já estiver estabelecida uma relação entre a equipa de enfermagem e os adolescentes/ família.

3.2 Temas de conversa

Considerando as peculiaridades de cada adolescente/ família, a equipa de enfermagem deverá ser portadora de conhecimentos específicos desta etapa, identificando situações de risco e transmitindo informações promotoras de uma transição saudável. Seguidamente irão ser abordados resumidamente alguns tópicos de conversa a ter em consideração durante a consulta de enfermagem. Mais uma vez reforço a ideia de que todos os dados devem ser devidamente registados. **(Apêndice III)**

3.2.1 Transformação pubertária

As transformações físicas na adolescência provêm de alterações biológicas que caracterizam a puberdade.

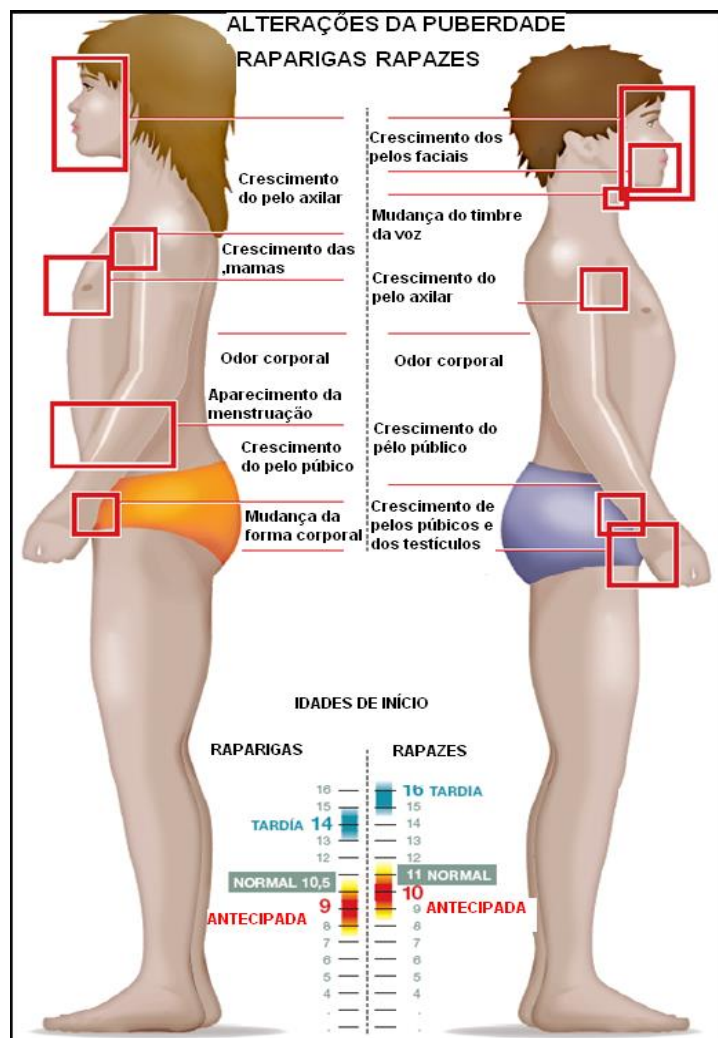


Figura 1- Alterações da Puberdade

A equipa de enfermagem deve:

- informar e observar nos adolescentes as alterações características da puberdade
- questionar sobre a menarca, o ciclo sexual, a data da última menstruação e sinais e sintomas associados. Os ciclos menstruais podem, então, ser caracterizados por hipermenorragia ou metrorragia, sintomas da hemorragia uterina disfuncional. Podem ocorrer, também, ciclos hipooligomenorréicos e

amenorréia, na adolescência. No caso de haver amenorréia, é preciso assinalar se a falta da menstruação é primária ou secundária. Em face da amenorréia secundária, o enfermeiro deverá questionar a possibilidade de uma gravidez.

- registrar os dados referentes ao ciclo menstrual (menarca, interlúnio, cataménio a data do última menstruação) e fornecer informações e o calendário menstrual às adolescentes.

3.2.2 Alimentação

A alimentação no adolescente deve ser equilibrada, devendo contribuir para o seu crescimento e desenvolvimento saudável. A equipa de enfermagem deve:

- ter conhecimento dos hábitos e preferências alimentares do adolescente e família (os horários, a qualidade e a quantidade dos alimentos que ingere, a partilha de refeições com a família, a ingestão de líquidos)

- explicar a importância da alimentação saudável no crescimento/ desenvolvimento e saúde do adolescente

- esclarecer sobre os grupos de alimentos, o fracionamento e os modos de confeccionar. (**ANEXO III e IV**)

É importante encorajar o adolescente a não esconder o que come. Se necessário, deve encaminhar a situação para o médico de família que poderá então referenciar o adolescente para a consulta de Obesidade do Hospital de referência da área.

3.2.3 Prática desportiva

O hábito de uma vida ativa na adolescência contribui para, entre múltiplas razões, reduzir a incidência de obesidade e doenças cardiovasculares.

A equipa de enfermagem deve:

- valorizar e incentivar o exercício físico, o que estimulará a sua prática para toda a vida

- ajudar a planear um programa de exercícios adequado ao adolescente (natação, ginástica, ténis...)

- reforçar a necessidade de se ajustar a alimentação ao padrão de atividade física do adolescente

3.2.4 Escola/ família/ amigos

O papel da Escola/ família/ amigos constituem elementos com significativa importância no desenvolvimento do adolescente. A equipa de enfermagem deve:

- conhecer a atividade escolar (o ano que frequenta, os pontos positivos e negativos na escola, relacionamento com os colegas e professores, se há experiências de *bullying* na escola)

- conhecer o ambiente familiar e identificar problemas de relacionamento (onde e com quem vive, como se relacionam os familiares com o adolescente, a quem pede ajuda quando tem problemas, se houve mudanças no ambiente familiar, ou seja, se alguém saiu ou se há novos membros em casa);

- conhecer as atividades e as ocupações da família e amigos (que actividades faz com a família e com os amigos)

3.2.5 Ocupação dos tempos livres

A ocupação dos tempos livres é uma oportunidade de interação que o adolescente tem com o ambiente atual e com os outros. A equipa de enfermagem deve:

- conhecer a prática de desporto ou exercício regular, os hobbies que o adolescente tem, se costuma ir a festas, se vê televisão e durante quanto tempo, se utiliza o computador, o que vê e durante quanto tempo. A televisão, os videojogos e o computador retira-lhe o tempo disponível para a realização de outras atividades;

- explicar a existência de crimes ou detenções por fraudes na internet. A utilização da Internet pelo adolescente expõe-o a conteúdos muitas vezes inadequados para a sua idade.

3.2.6 Sexualidade

O início precoce da vida sexual é muitas vezes causador de grandes dúvidas. Os adolescentes muitas vezes não apresentam ainda amadurecimento psíquico para lidar com uma prática sexual segura.

A equipa de enfermagem deve:

- identificar a presença de amigo/a especial/ namorado/a, a sua ocupação e a duração da relação;
- identificar hábitos de vida sexual (abordar graus e tipos de experiências sexuais anteriores e com o/a amigo especial/ namorado/a actual, o número de parceiros, hábitos de masturbação e a utilização de métodos contraceptivos);
- informar sobre o objectivo e a utilização dos diversos métodos contraceptivos

Assim, o início precoce da vida sexual desprotegida propicia a contaminação por agentes causadores das doenças sexualmente transmissíveis. O exame ginecológico deve limitar-se em casos em que já houve início da actividade sexual ou quando há sintomas suspeitos de alguma alteração, como por exemplo: dismenorria, menorreia ou metrorragias, leucorreia, dor pélvica ou abdominal. No estadio 3 de Tanner, a presença de leucorreia de coloração clara, sem odor e não acompanhada de prurido, poderá ser considerada uma alteração fisiológica devido à estimulação estrogénica do útero. Caso contrário deve ser pedido um exsudado vaginal para diagnóstico.

3.2.7 Segurança e acidentes

A prevenção de acidentes na adolescência é evitada por meio de intervenções que propiciem um ambiente seguro. A equipa de enfermagem deve:

- identificar hábitos de segurança (se se protege do sol e de que forma, como se protege de agressões)
- verificar o cumprimento do PNV e informar as indicações e efeitos das vacinas:
 - o Vacina antitetânica- 10 anos
 - o Vacina HPV- meninas que no ano civil corrente façam 13 anos (**Apêndice IV**)

3.2.8 Consumos Nocivos

O consumo de substâncias é uma conduta de experimentação que pode evoluir para abuso ou dependência. A equipa de enfermagem deve:

- identificar hábitos de consumo (tabaco, álcool e outras drogas)
- questionar se conhece alguém ou algum dos amigos já experimentou, se já experimentou ou tem algum desejo em experimentar, se consome qual é a frequência
- abordar os efeitos e consequências do consumo de drogas/ tabaco/ álcool

3.2.9 Hábitos de sono e repouso

Existem muitos tipos de problemas de sono na criança e no jovem. Neste sentido, a equipa de enfermagem deve:

- identificar rituais do sono do adolescente (rotinas antes de deitar, horários de deitar, tempo para adormecer, horários para acordar)
- identificar insónias e os fatores relacionados, como por exemplo: preocupação geradora de ansiedade, ingestão de bebidas excitantes e consumo de drogas
- identificar hipersónias, que podem ocorrer, por exemplo, quando o adolescente não dorme o suficiente à noite (saídas com os amigos à noite, hábitos de estudo à

noite e alguma preocupação. Em alguns casos poderá estar relacionada com a depressão, sendo o sono durante o dia um motivo de “escape” face ao mal-estar e tristeza.

- avaliar a existência de sonambulismo e somnilóquio (falar alto de noite)
- abordar a importância das rotinas de adormecimento: um ambiente tranquilo, evitando períodos de excitação antes de deitar, temperatura e espaço adequados ao repouso

3.3 Parâmetros a avaliar

3.3.1 Tensão arterial

A avaliação de TA nos adolescentes com 12-13 anos implica a utilização de braçadeira específica, estando muitas vezes adequada a braçadeira de “adulto pequeno” com 12x22 cm. Também a técnica e o equipamento utilizado deverão ser adequados. A avaliação deve ser feita com o adolescente em silêncio e sentado com o dorso encostado e sem os membros inferiores cruzados, em ambiente tranquilo, homeotérmico, sem que adolescente mexa o braço ou fale e tendo decorrido mais do que 15-30 minutos desde a ingestão ou inalação de produtos excitantes (tabaco, café, álcool, drogas)

Os valores encontrados são posteriormente interpretados recorrendo a tabelas que se encontram no Programa-Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Pediatria. Estas relacionam o valor da TA sistólica e diastólica com o sexo, a idade e o percentil da estatura a que o adolescente pertence.

Após comparação com o valor apresentado, é possível definir 3 categorias:

TA normal- TA sistólica e TA diastólica inferiores ao percentil 90.

TA arterial normal- alta - TA sistólica ou TA diastólica entre o percentil 90 e o 95. Deve repetir-se a medição durante a consulta para confirmar. É recomendada a

vigilância após 6 meses e a avaliação e intervenção consoante os factores de risco que o adolescente possa apresentar (por exemplo, o excesso de peso).

HTA arterial- TA sistólica ou TA diastólica igual ou superior ao percentil 95. Deve repetir-se a medição após 1-2 semanas. Se confirmado em 3 ocasiões separadas, o adolescente deverá ser referenciado aos cuidados de saúde secundários.

3.3.2 Peso

O adolescente deve ser pesado apenas com roupa interior e deve ser utilizada uma balança calibrada. O valor obtido deverá ser comparado com as curvas-padrão para o seu sexo e idade, sendo esperado que se encontre no percentil apresentado ao longo do seu crescimento, que deverá situar-se entre o percentil 5 e o 95 das tabelas presentes nos BSI.

O acentuado emagrecimento e a obesidade, que podem caracterizar a anorexia nervosa e a obesidade, respectivamente, devem ser tratados precocemente.

3.3.3 Estatura

A estatura dos adolescentes constitui muitas vezes uma preocupação para os próprios e para os pais/ cuidadores, pelo fato de considerarem que os adolescentes não estão a crescer segundo o esperado por eles, ou seja, que não atingirão uma altura mínima semelhante à média observada nos adolescentes da mesma idade. No entanto, é importante a ter em conta a variabilidade individual do adolescente, ou seja, os fatores individuais, familiares e genéticos.

A variabilidade individual de cada adolescente é determinada pela sua herança genética e pelas influências do contexto e hábitos em que vive. Entre os fatores ambientais determinantes para o deficit estatural, surgem as “condições precárias de habitação e saneamento, baixos níveis de renda e baixa escolaridade dos pais (...)”. (Santos et al, 2009) Este facto pode levar a considerar que deficit entre o indicador estatura/idade pode estar relacionado com processos de longa duração que refletem “alterações (...) na situação nutricional e da saúde em geral”. (Santos

et al, 2009) A desnutrição energético-proteica nos primeiros anos de vida poderá conduzir ao deficit de estatura, assim como futuramente associar-se à obesidade e às alterações a ela associadas (Hipertensão arterial), sendo que uma maior acumulação de gordura subcutânea e consequentemente de excesso de peso, também já foram associados à baixa estatura.

No entanto, também as causas hormonais poderão estar associadas a uma baixa estatura, como o hipotireoidismo e a deficiência da hormona de crescimento.

Relativamente à herança genética, o conhecimento da estatura alvo familiar poderá constituir um auxílio na avaliação deste parâmetro:

Rapaz: $((\text{altura da mãe} + 13) + \text{altura do pai}) : 2 (+/- 10 \text{ cms})$

Rapariga: $((\text{altura da mãe} + (\text{altura do pai} - 13)) : 2 (+/- 10 \text{ cms})$

É necessário que o enfermeiro tenha em consideração que para determinar uma avaliação correta da estatura do adolescente é essencial um instrumento de medição adequado, um observador treinado e um posicionamento correcto do adolescente, nomeadamente recorrendo ao plano de Frankfurt (plano imaginário perpendicular à parede e que passa pelo canto externo do olho e pelo canal auditivo externo).



Figura 2- Plano de Frankfurt

O valor obtido deverá ser registado e analisado mediante as curvas de referência para o seu sexo e idade e com o percentil que tem apresentado ao longo do seu

crescimento, sendo esperado que se encontre entre o percentil 5 e o 95 do gráfico referente à estatura.

3.3.4 Índice de massa corporal

A relação entre o peso e a estatura é importante para avaliar o estado nutricional do adolescente, sendo essencial recorrer à curva de percentil adaptada à idade e sexo.

A fórmula: **IMC: Peso (kg) / Estatura² (m)**, permite determinar se estamos perante um adolescente com excesso de peso ou com obesidade, caso o valor encontrado se situe entre o percentil 85-95 ou acima do 95 para a idade e sexo, respectivamente. Pelo contrário, se o valor encontrado se situar abaixo do percentil 5 estamos perante um adolescente com baixo peso.

3.3.5 Pele

O enfermeiro deve observar sinais de hirsutismo e a eventual presença de acne e seborreia, quase sempre indicativos do aumento de androgénios.



Figura 3- Hirsutismo na face

O seu aparecimento é mais frequente na face e pescoço, embora o peito, costas e ombros também poderão estar afetados. O acne do adolescente é um dos aspetos desencadeadores de sofrimento, potenciando o desenvolvimento da timidez, da ansiedade, da inibição social e da depressão.



Figura 4- Acne facial

A abordagem deste problema é essencial, sendo que o enfermeiro deve identificar as causas do seu aparecimento, como por exemplo a história familiar, os hábitos alimentares e a toma de medicação, para poder intervir de forma eficaz.

Ainda em relação à pele é importante pesquisar a presença de tatuagens, *piercings*, sinais de maus tratos ou de auto-agressão.

Por fim, é importante também observar o corte das unhas.

3.3.6 Cavidade Oral

A observação dos dentes é importante, aproveitando a oportunidade para avaliar os hábitos de higiene oral, estimulando a higiene dentária, pelo menos duas vezes por dia. Cabe ao enfermeiro avaliar o número e o estado de conservação dos dentes através da observação, ou seja, realizando o diagnóstico precoce de cárie, avaliando o número de dentes obturados/ perdidos e verificando se existe doença periodontal.

De forma a comprovar a correcta evolução da dentição definitiva, o enfermeiro deve avaliar o estado do desenvolvimento dentário dos adolescentes, sendo característica desta faixa etária a mudança dos caninos. Nesta fase a média de dentes situa-se entre 24 a 26 dentes.

O enfermeiro deve ainda verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referência para higiene oral dos 10 anos e informar sobre a utilização do cheque-dentista dos 13 anos. Por fim, deve verificar a existência de registos no BSIJ.

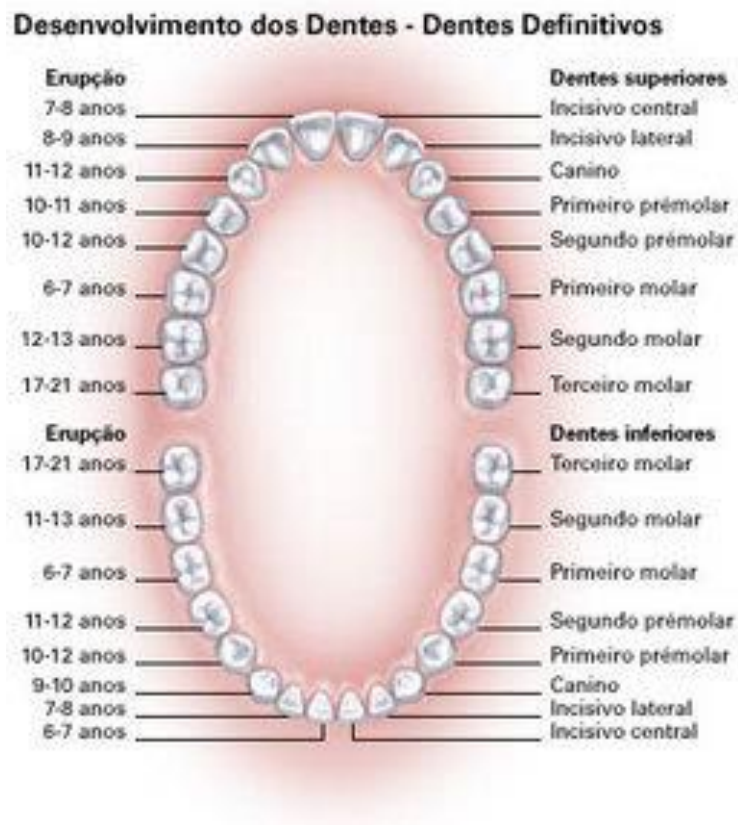


Figura 5- Desenvolvimento Dentário

3.3.7 Estadio pubertário

É importante avaliar o estadio pubertário com base na Escala de Tanner, nomeadamente o desenvolvimento da glândula mamária na rapariga, dos genitais externos do rapaz e da pilosidade púbica em ambos os sexos.









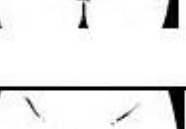
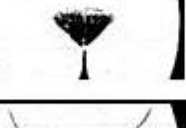
Mamas		
	M1 (mamas infantis)	Aspecto infantil, apenas com elevação do mamilo
	M2 (8-13 anos)	Estadio de broto mamário, com pequeno aumento da mama. Mamilos mais salientes e maior diâmetro areolar
	M3 (10-14 anos)	Crescimento da mama e da areola, sem delimitar contornos e parecendo uma pequena mama adulta.
	M4 (11-15 anos)	Areola e mamilo mais aumentados formando uma saliência secundária na mama
	M5 (13-18 anos)	Típico da mulher adulta. Suave contorno arredondado, sendo que a saliência secundária desaparece
Pêlos		
	P1 (pré-adolescência)	Ausência de pelos púbicos
	P2 (9-14 anos)	Crescimento disperso de pelos, finos, longos, discretamente pigmentados, lisos ou ligeiramente encaracolados ao longo dos grandes lábios
	P3 (10-14 ^{1/2} anos)	Os pêlos tornam-se mais escuros, mais espessos e mais encaracolados, distribuindo-se na sínfise púbica
	P4 (11-15 anos)	Pêlos do tipo adulto, embora em menor quantidade, não atingindo a superfície interna das coxas
	P5 (12-16 ^{1/2} anos)	Pêlos adultos em tipo e quantidade, atingindo a superfície interna das coxas

Figura 6- Estádios de Tanner- sexo feminino

Deve ser realizado o exame da mama, podendo ser detectado um botão mamário que é geralmente doloroso e surge de forma unilateral.

Na rapariga é comum haver uma mama maior que a outra, sendo geralmente causa de preocupação desnecessária. Este aspecto é normal.

Ocasionalmente poderá ser detectada uma massa à palpação, tratando-se de forma geral de um fibroadenoma ou de um quisto. Nesta situação é importante avaliar ecograficamente, referindo também que a neoplasia maligna nesta idade é muito rara




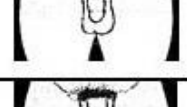



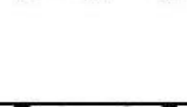


Genitália		
	G1 (pré-adolescência)	Pênis, testículo e escroto de aparência e tamanho infantis.
	G2 (9-14 anos)	Início de aumento de testículos e escroto cuja a pele se torna mais fina e avermelhada; não há aumento do pênis.
	G3 (10 ^{1/2} -15 anos)	Continua o crescimento escrotal e o penis aumenta principalmente em comprimento.
	G4 (11 ^{1/2} -16 anos)	Continua o crescimento de testículos e escroto. Há aumento do penis em comprimento e em diâmetro tornando-se a glândula evidente.
	G5 (12 ^{1/2} -17 anos)	Genitais adultos em tamanho e forma.
Pêlos		
	P1 (não há pelagem)	Ausência de pêlos pubianos.
	P2 (11-15 ^{1/2} anos)	Crescimento disperso de pêlos finos, longos discretamente pigmentados, lisos ou discretamente encaracolados de cada lado da base do pênis
	P3 (11 ^{1/2} -16 anos)	Os pêlos tornam-se mais escuros, mais espessos e mais encaracolados, distribuindo-se na sínfise púbica.
	P4 (12-16 ^{1/2} anos)	Pêlos do tipo adulto porém ainda em quantidade menor, não atingindo a superfície interna das coxas.
	P5 (15-17 anos)	Pêlos adultos em tipo e quantidade, atingindo a superfície internada coxa.

Figura 7- Estádios de Tanner- sexo masculino

No sexo masculino, a ginecomastia é bastante comum, sendo geralmente benigna e transitória. Surge como uma massa de 1-3 cms sob a aréola, arredondada, móvel, dolorosa, firme e sem corrimento mamilar. Necessita apenas de vigilância para garantir o seu desaparecimento.



Figura 8- Ginecomastia

Em ambos os sexos, a observação dos genitais permite excluir sinais de infecções sexualmente transmissíveis (vesículas, verrugas, exsudado), assim como sinais de abuso sexual ou auto-agressão.

3.3.8 Postura

A observação da coluna é importante para a exclusão da escoliose. Esta define-se por uma curvatura lateral anormal da coluna vertebral e que poderá ter consequências físicas, psicológicas e sociais. Deverão ser investigadas as causas da mesma, tais como a utilização das mochilas escolares num só ombro.

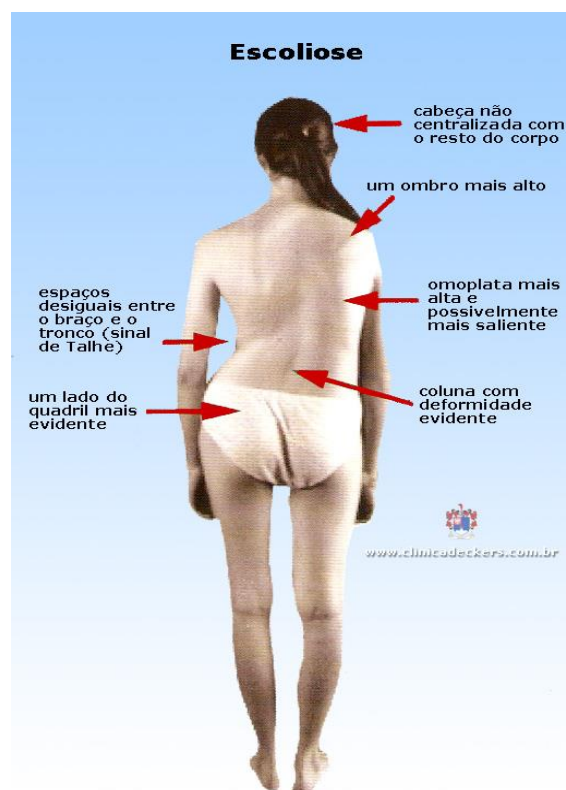


Figura 9- Escoliose

3.3.9 Rastreio oftalmológico

A avaliação da qualidade da visão e audição é fundamental à deteção de alterações na acuidade visual e auditiva, podendo indicar disfunções que requeiram avaliação minuciosa e o acompanhamento especializado.

Há situações que podem indicar a diminuição da acuidade visual do adolescente tais como:

- cefaleias ou lacrimejamento durante ou após esforço visual (na escola, ao ver televisão, ao estar ao computador, na leitura);
- Blefaroespasmo (“apertar” excessivamente os olhos) ou abrir demasiadamente os olhos para ver melhor;
- aproximar-se muito perto da televisão, do computador ou do livro para ler;
- apresentar desinteresse pela leitura;
- apresentar mudanças de comportamento, olhos vermelhos após a leitura

O rastreio deve ser realizado através do recurso à escala de Monoyer, que detecta alterações na visão.

M R T V F U E N C X O Z D	10/10
D L V A T B K U E R S N	9/10
R C Y H O F M E S P A	8/10
E X A T Z H D W N	7/10
Y O E L K S F D I	6/10
O X P H B Z D	5/10
N L T A V R	4/10
O H S U E	3/10
M C F	2/10
Z U	1/10

Figura 10- Escala de Monoyer

Relativamente ao rastreio auditivo, deve ser realizado sempre que haja:

- dúvidas em relação a situações que tenham criado suspeitas aos pais/ professores;
- alterações do discurso, da linguagem ou da capacidade de aprendizagem do adolescente;
- fatores de risco;

- história familiar de hipoacusia ou surdez

3.3.10 Avaliação do estado mental

A questão do âmbito da saúde mental na adolescência também me parece ser importante referir, visto que se verifica um aumento da sua incidência, nomeadamente nas situações de depressão, de desvios do comportamento alimentar e de comportamentos suicidas. Este facto implica uma deteção antecipada dos fatores de proteção e de risco do adolescente, sendo os primeiros considerados “fatores positivos individuais ligados aos contextos de vida (...) e que permitem o desenvolvimento pleno das potencialidades”, como por exemplo a auto-imagem positiva, a auto-estima, o apoio familiar ou a “acessibilidade aos cuidados de saúde”. (Prazeres, 1998) Relativamente aos fatores de risco, estes estão muitas vezes relacionados por exemplo, com um ambiente familiar disfuncional e condições socioeconómicas degradadas, condutas conflituosas desencadeadas pelos grupos de pares, entre outros fatores que podem potenciar a vulnerabilidade do adolescente a problemas de saúde (Marques, 2009).

Por isso, devem ser identificadas alterações do comportamento ou sinais de alarme como as atitudes impulsivas, egocêntricas, flutuações de humor, ansiedade excessiva e capacidade de lidar com o medo e frustrações. Nesse contexto, é importante que o enfermeiro avalie: a frequência e as acções que faz quando se sente magoado/ raiva/ zangado; se alguma vez se tentou magoar/ mutilar/ acabar com a vida; o que faz e a quem recorre para se tentar acalmar) e a interação com os pais, se estiverem presentes (Marques, 2009).

A avaliação do estado mental deverá permitir verificar a adequada construção da identidade pessoal e social e a autonomização progressiva, tarefas essenciais neste período.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é considerada uma transição da infância para a idade adulta, sendo que durante o processo de crescimento e desenvolvimento juvenil a interação entre factores biológicos/ cognitivos, sociais/ culturais, oportunidades e expectativas, as exigências contextuais e os domínios de realização, poderão originar momentos de crise.

Neste contexto, a adolescência é um período da vida marcante e crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que poderão influenciar a saúde dos adolescentes no futuro. Neste sentido, a missão dos enfermeiros é facilitar os diferentes processos de transição que os adolescentes experienciam.

O EGS preconizado pela DGS é uma oportunidade para o enfermeiro dar resposta às necessidades de saúde dos adolescentes de um modo integrado, promovendo comportamentos saudáveis e prevenindo a doença. Por conseguinte, a equipa de enfermagem deve apresentar competências técnicas e específicas na área da adolescência, estando desperta para as necessidades e problemas do adolescente, o que exige treino, maturidade, facilidade na comunicação e sensibilidade para compreender a realidade de cada adolescente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, Maria Isabel. (1995) Educação para a Saúde- Guia para professores e educadores, Texto editores, Lisboa. ISBN: 9789724705705
- Azevedo, A. A. Consulta do Adolescente (Consultado a 14 de Junho 2012)
Disponível em <http://www.somape.com.br/Consulta%20do%20Adolescente.pdf>
- CAETANO, Ana Paula (2001). Estudar a adolescência para melhorar o atendimento aos adolescentes: projecto de intervenção no Centro de Saúde de Rio de Mouro. Lisboa: Trabalho apresentado à Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende
- Ceará, A. (Jan/Jul, 2004). O atendimento ao adolescente. Revista Pediátrica do Ceará, 5, 38-46. [Consultado a 16 de Junho de 2012. Disponível em: <http://www.socep.org.br/Rped/pdf/5.1%20Ens%20Med.pdf>
- Direcção Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010. Lisboa, p. 38 <http://www.dgs.pt/>
- Direcção Geral da Saúde. (2002) – Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de actuação. Lisboa, p. 48 (Orientações Técnicas nº 11) ISBN 972-675-084-9
- Direcção Geral da Saúde. (2008) Boas Práticas em Oftalmologia - Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação” [Consultado a 16 de Junho de 2012)
Disponível em: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/visao/Boas-Praticas-em-Oftalmologia.pdf>
- Direcção Geral da Saúde (Março 2010), PNS *Orientações Estratégicas* 2011-2016, Vol.I e II, Lisboa. Consultado a 5 de Abril de 2012. Disponível em www.cspace.eportuguese.org/tiki-download_file.php?fileId=444

- Fonseca et al. (2005). Requisitos para o Atendimento ao Adolescente. Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 4. Vol.36. 223-224
- Grossman, E., Ruzany, M., Taquette, S. (2004). A Consulta do Adolescente. *Revista Adolescência e Saúde*, vol. 1 nº1 [Consultado a 14 de Junho 2012. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=223
- Marques, Cristina (2009). A Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários- Avaliação e Referenciação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, v.25, p. 569-575 nº1 [Consultado a 14 de Setembro 2012. Disponível em: http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1581/4/Rev%20Port%20Clin%20Geral%202009_2_5_569_OK.pdf
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 4ª Ed. Philadelphia
- Meleis, A., Sawyer, L., IM, E. O., Hilfigir, Messias, D. & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science* 23(1), pp.12-28. (Consultado a 16 de Junho de 2012, Disponível em http://books.google.pt/books?id=TdLhXm5fpx8C&pg=PA52&lpg=PA52&dq=Experiencing+transitions:+an+emerging+middle-range+theory.&source=bl&ots=7hMkxPNOJ6&sig=18AzvFaVoi7YWE2QRGfgJam6CbA&hl=pt-PT&sa=X&ei=XakRUJ68E8iciAeW_YGYCQ&ved=0CFwQ6AEwAw#v=onepage&q=Experiencing%20transitions%3A%20an%20emerging%20middle-range%20theory.&f=false
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, série 1, nº3, volume 1, Lisboa

- Papalia, Diane E.; Olds, Sally Wendkos (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: ArtMed, pp. 502- 606
- Prazeres, V. et al. (2005). *Saúde dos Jovens em Portugal: Elementos de caracterização*, DGS. Lisboa
- Prazeres, V. et al. (1998). *Saúde dos Adolescentes- Princípios Orientadores*, DGS. Lisboa
- Santos, C. et al.(2009). *Influência do deficit de estatura nos desvios nutricionais em adolescentes e pré- adolescentes*, Campinas [Consultado a 5 de Fevereiro de 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000200001&script=sci_arttext
- SPRINTHALL, Norman A; COLLINS, Andrew (2003). *Psicologia do Adolescente*. 3ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, ISBN 972-31-0634-5
- http://www.clinicadeckers.com.br/html/orientacoes/ortopedia/084_escoliose.html

Sítios:

- Plataforma contra a obesidade (www.dgs.pt)
- http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/09/2011-01-05_FolhetoCNSM_ProblemasSono1.pdf

APÊNDICES

Apêndice I- A Adolescência e as Teorias do Desenvolvimento

Quadro Resumo – As Teorias do Desenvolvimento e as Características da Adolescência

	11/ 13 Anos	15 Anos	18 Anos
Teorias do Desenvolvimento	<p>Erikson – 5ª Idade, Identidade Vs Difusão ou Confusão – é neste estadio que se dá a construção da identidade, que está em constante mudança, que é construída com base nas informações adquiridas nas interações diárias do adolescente com outros e através da experimentação de diversos papéis, o que permite ao adolescente reconhecer-se como pessoa única e distinta de todos os outros. Como consequência, adolescentes que recebem encorajamento e reforço apropriados para sua exploração pessoal tendem a emergir desse estágio com um sentido mais forte de si mesmo e um sentimento de independência e controle. Por outro lado, ao não conseguir distinguir os diferentes papéis, o adolescente pode experimentar uma confusão de identidade.</p>		<p>Erikson – 6ª Idade – Intimidade Vs Isolamento – nesta fase o adolescente desenvolve relações amigáveis com os outros. É neste estadio que há a procura de uma relação mais íntima que pode envolver a relação sexual. O adolescente, se não conseguir estabelecer laços sociais, tenderá a isolar-se do que o rodeia.</p>

Piaget – Estádio das Operações abstractas – é neste estadio que surge um novo tipo de pensamento por meio da assimilação e da acomodação de novas estruturas: o pensamento lógico, abstrato e formal. Aqui, o adolescente já resolve problemas, coloca mentalmente as hipóteses, deduz as consequências, formula e verifica hipóteses. O adolescente sabe que para além da sua perspectiva sobre determinado tema, também existe a perspectiva do outro que em nada pode ter a ver com a dele. O adolescente revela uma maneira própria de compreender a sua realidade e constrói sistemas filosóficos, éticos e políticos como tentativa de se adaptar e mudar o mundo. Neste estágio surge um novo tipo de egocentrismo, aqui, o adolescente considera que pode resolver todos os problemas e que as suas ideias é que são as corretas.

Kohlberg- o desenvolvimento cognitivo condiciona o desenvolvimento moral do adolescente. A justiça é considerada o princípio moral básico e a essência da moralidade reside maioritariamente em considerações de igualdade, de equidade e em justiça do que no cumprimento ou violação de normas ou regras sociais. Representa um novo e mais compreensivo sistema de organização mental.

Freud – Estádio Genital – Ocorre a reativação, na forma madura e genital, de vários impulsos sexuais e agressivos experimentados pela criança nas fases iniciais do seu desenvolvimento (oral, anal e edípica). Nesta fase do desenvolvimento juvenil, a zona erógena é a genital. O prazer sexual envolve todo o corpo.

Desenvolvimento Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Surgem os caracteres sexuais secundários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os caracteres sexuais secundários já estão num estado de grande avanço; • Há uma desaceleração no crescimento das raparigas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fisicamente atingiram o seu estado de maturidade; • Estrutura e crescimento reprodutivo praticamente completo.
	11/ 13 Anos	15 Anos	18 Anos
Desenvolvimento Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Procura novos valores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado interesse por problemas filosóficos, políticos e sociais. 	<ul style="list-style-type: none"> • O pensamento abstracto está estabelecido; • É capaz de ver os problemas de uma forma mais abrangente; • A identidade intelectual está estabelecida.

Identidade	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupa-se com as rápidas alterações físicas; • Experimenta diferentes papéis; • Conforma-se às regras de um grupo; • Expressa o seu mau humor com acessos de raiva, agressões verbais e palavrões. 	<ul style="list-style-type: none"> • O adolescente modifica a sua imagem corporal; • Idealista; • É capaz de entender as repercussões do seu comportamento e decisões actuais; • Muito auto-concentrado. 	<ul style="list-style-type: none"> • O adolescente sente-se confortável com o seu desenvolvimento físico; • Os seus papéis estão definidos.
Desenvolvimento Social	<ul style="list-style-type: none"> • Existe um forte desejo de continuar dependente dos pais enquanto se tenta desvincular dos mesmos; • Não existem conflitos devido ao controle e supervisão dos pais; • Aumento brusco de amizades com pessoas do mesmo sexo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade em que o relacionamento com os pais é pouco favorável; • Existe uma maior impulsividade para a emancipação; • O seu comportamento é estabelecido pelo grupo para que haja aceitação pelo grupo; • Explora a capacidade de atrair o sexo oposto; • Tendência para se retrair quando se sente magoado ou aborrecido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concluída a separação emocional e física dos pais; • Menos conflitos com a família; • A emancipação está quase assegurada; • Dá preferência a amizades individuais e não à do grupo; • O grupo deixa de ter tanta importância; • Os relacionamentos são caracterizados pelo dar e pelo receber.
Sexualidade	11/ 13 Anos	15 Anos	18 Anos

	<ul style="list-style-type: none"> • Há uma auto-exploração e avaliação do seu corpo; • A intimidade é limitada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Experimenta a sensação de estar apaixonado; • Existe uma tentativa para o estabelecimento de relacionamentos; • Há uma identificação interna sobre atracções heterossexuais, homossexuais ou bissexuais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consegue uma relação estável; • Pode assumir publicamente a sua orientação sexual; • Envolve-se intimamente.
Moral	10 anos	13-14 anos	16-18 anos
		Os valores morais assentam no desempenho de bons ou maus papéis e no sentido de agradar e de ir de encontro às expectativas dos outros (base do julgamento convencional, que inclui o estágio 3 e/ou 4)	

	<ul style="list-style-type: none"> • Os valores morais assentam em acontecimentos externos, nas más acções ou em necessidades físicas, em vez de nas pessoas ou padrões. (base do julgamento pré-convencional, que inclui o estágio 1 e/ou 2) • Raciocínio concreto, orientado pela obediência e castigo, respeito por quem exerce poder superior evitando as punições ou para obtenção de ganhos materialistas (estádio 1) • Orientação egoísta, sendo que as acções correctas são as que satisfazem o próprio. Consciência que o significado das coisas depende das necessidades de cada um. Percepção do sentido da troca e da reciprocidade. (estadio 2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tentativa para obter aprovação dos outros, através comportamentos “naturais” face ao papel desempenhado ou segundo imagens estereotipadas (pessoas de referência) • Qualquer solução simplista para um problema difícil da vida quotidiana tornar-se-á aliciante desde que aprovada por um grupo de referência (estádio 3) • Pensamento dominado por aspectos superficiais (aparência, penteado, vestuário). • Características do estadio 2 estão igualmente presentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • O predomínio do estágio 3 é evidente na população de adolescentes desta faixa etária. • No entanto, o adolescente poderá estar orientado para demonstrar respeito pelo poder superior, manter a ordem social e tem em consideração as expectativas que os outros têm dele próprio. (estádio 4) • Características do estadio 2 também podem estar presentes.
--	---	--	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Senna, S., Dessen, M., **Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência**, Brasília, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722012000100013&script=sci_arttext, Acedido a 20-12-12
- Sousa, P., **Desenvolvimento Moral na Adolescência**, Coimbra, 2006. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0296.pdf> Acedido a 22-12-12
- Sprinthall, N. W., Collins, A., **Psicologia do adolescente- Uma abordagem Desenvolvimentista**, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2008
- Azevedo, A. **A Consulta do Adolescente**, Brasil. Disponível em <http://www.somape.com.br/Consulta%20do%20Adolescente.pdf> Acedido a 18-12-12

-
-
-
-
-
-

- Apêndice II- Guião de observação Atendimento ao Adolescente- Interação Enfermeiro- Adolescente

-
-

➤ **AMBIENTE:** (Paula Diogo, p. 116, p.178)

Descrição das características e adequação ao adolescente, tal como a acessibilidade (barreiras económicas, burocráticas, horário) e o ambiente físico, do qual fazem parte:

luminosidade, cheiros, sons, temperatura, cores, pinturas nas paredes e tectos, materiais educativos (vídeos e desenhos animados, revistas, programas de informática), música

➤ **PROCESSO DE ATENDIMENTO ENFERMAGEM:**

Fase de acolhimento: proporcionar um ambiente seguro e afectuoso, do qual fazem parte: (Paula Diogo, p. 116, p.178)

• Acolhimento:

- Apresentação do enfermeiro de referência
- Apresentação do serviço e normas funcionamento
- Identificar a razão da ida ao serviço de saúde e a principal preocupação do adolescente/ pais ou cuidadores
- Verificar por quem o adolescente se faz acompanhar, as suas reacções e atitudes
- Fornecer informações e explicações (guia de acolhimento se aplicável)
- Demonstrar disponibilidade (ajuda permanente, capacidade ouvir, de presença e de resposta)

• Cumprimento na primeira interacção de um modo afectivo

• Expressar afecto

• Gerar ambiente familiar (confiança)

• Preservar a segurança, a confidencialidade e a privacidade

Tempo de duração da interacção : GuiaOBP

- primeira entrevista (entre 30- 90 minutos. 50 minutos permitem bons níveis de atenção e concentração)
- contactos frequentes (30 segundos- 15 minutos, com intervenções breves, garantem eficácia)

➤ **APRECIÇÃO** (Phaneuf, p. 251)

Durante a fase exploratória, o enfermeiro através da Entrevista de Enfermagem: (Guia Orientador de Boas Práticas p. 20)

- tem em consideração a idade e desenvolvimento do adolescente
- identifica o motivo da entrevista na perspectiva do adolescente e pais/ cuidadores (F.A.C.T.O.R.E.S)- Família, Amigos, Colégio/Trabalho, Tóxicos, Objectivos, Riscos, Estima, Sexualidade (Garcia Tornel- GuiaOBP)
- colhe dados que permitem identificar problemas, fatores de risco, dúvidas, antecedentes pessoais e familiares, áreas para aprendizagem

Utiliza as seguintes estratégias para prevenir e identificar problemas: (Jackes Salomé)

- trata separadamente as questões
- identifica os pontos de conflito e as zonas de intolerância
- concentra-se sobre os interesses em jogo e não sobre as posições
- clarifica o que cada um procura
- imagina soluções que representem um benefício mútuo em função dos projectos anunciados
- propõe critérios objectivos (evitar suposições, intenções...)
- evita levar o adolescente à derrota dando a possibilidade de ganhar em relação às suas próprias expectativas
- emprega energias para chegar amigavelmente a um acordo resultante de um consenso
- não ameaça ou desqualifica o adolescente

Postura demonstrada pelo adolescente: (Guia Orientador de Boas Práticas p. 59)

- Falador: rodeio do assunto, sem ir ao cerne do que o preocupa- camuflagem
- Nervoso/ Ansioso: receio de observação/ questionamento, podendo verbalizar ou não verbalizar (tremor das mãos, da voz...)
- Silencioso: sentimento de culpa, receio de ser repreendido, por o obrigarem a recorrer aos serviços de saúde
- Provocador: utiliza a ironia, a escarna quando não controla a situação. Inter-relacionado com o nervosismo/ansiedade
- Agressivo: verbaliza palavras/expressões ofensivas ou age de modo hostil ou injurioso
- Choroso

Nota: descrever os aspectos do discurso e das expressões que permitem dizer isto

➤ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES**

O Enfermeiro na fase resolutiva, após uma fase de apreciação procura formular os diagnósticos de enfermagem, planejar as suas intervenções,

validando com o adolescente e pais/ cuidadores: (GuiaOBP)

- as metas a atingir em curto prazo
- os cuidados antecipatórios
- o reforço da competência do adolescente, dos comportamentos positivos e da sua auto-estima e confiança
- a negociação com o adolescente sobre informações, a partilhar com os pais e a frequência de futuros contactos (disponibilizar recursos)

➤ **CARACTERÍSTICAS DA INTERACÇÃO:**

O enfermeiro nutre os cuidados com afecto num momento próprio ou vinculado aos procedimentos, de modo espontâneo ou intencional, utilizando nesta situação:

Comunicação Verbal

- Utiliza a voz (embalada e suave)
- Adequa a fala à idade do adolescente (linguagem simples e realista. Não usar termos técnicos ou calão juvenil)
- Escuta ativamente: aceita deixar falar, estimula, relança, amplia e religa, é sensível aos sentimentos e emoções, clarifica e reatualiza. Evita interrupções (entrada e saída de pessoas, chamadas telefónicas)

Comunicação não verbal (Phaneuf, p. 251) (Paula Diogo)

- Adota uma postura e atitudes corporais (calma e carinhosa)
- Os gestos (movimentos balanceados com a cabeça)
- A distância ou proxémica
- Contacta visualmente (atento, interessado), capta as impressões iniciais sobre o adolescente (roupas, postura, gestos, estado de ânimo, forma como se expressa...)
- Sorri
- Sincroniza a respiração
- Utiliza o silêncio de modo adequado (evitar porque pode ser entendido como uma interpretação moralista ou juízo de valor)
- Tem em consideração a aparência geral
- Usa adequadamente o toque (manifestações de afeto (festas e toques suaves, abraços)

Características pessoais que o enfermeiro demonstrou na interação: (Guia Orientador de boas Práticas, Paula Diogo)

- Estar motivado para compreender, valorizar e escutar
- Ser capaz de conquistar e transmitir confiança
- Gostar muito de adolescentes (de contactar, conhecer, gostar de estar e passar o tempo com eles) e não projectar os seus próprios conflitos da adolescência nos jovens
- Ter maturidade pessoal, auto-estima, sensibilidade, genuinidade (evitar assumir o papel do adolescente)
- Demonstrar valores morais, espirituais e culturais sólidos e congruentes
- Possuir um modo afetivo de ser:
 - utiliza o humor na prática dos cuidados, é sorridente, transmite descontração, alegria e boa disposição
 - simpático (autoridade com flexibilidade, não ser ríspido)
 - naturalmente afetuoso (meigo, carinhoso, atencioso, gentis)
 - acessível (colocar à vontade e dar abertura para que o adolescente obtenha ajuda- relação de ajuda:
 - Ser congruente, evitando substituir os pais
 - Experimenta atitudes positivas para com o outro: calor, atenção, afeição, interesse
 - ter respeito (sentimentos, necessidades, etc)
 - demonstra estar em empatia com o adolescente (confiança nas suas capacidades, responsável pelas acções, honestidade), não julgar, fazendo com que o adolescente assuma as suas próprias responsabilidades. Compreensão empática, crença no outro, interesse e respeito, aceitação do outro
 - aceita os próprios sentimentos
 - ser visto como não ameaçador
 - considera o adolescente como um processo em evolução (ao nível do processo transaccional)
 - paciente (suporta e aceita dificuldades, incómodos, relações difíceis com tranquilidade)
 - sereno (postura calma, pausada, não apressada e não invasiva, aproximar-se com calma e tranquilidade)

O Enfermeiro gere as emoções dos adolescentes:

Gestão emocional de antecipação e reactiva

- Acesso prévio a informação sobre estado emocional do adolescente e pais
- Experiência da parentalidade do enfermeiro
- Conhece as implicações da experiência profissional (sobre a doença e hospitalização)

➤ **TERMINUS DA RELAÇÃO:**

O enfermeiro verifica/ valida com o adolescente:

- a compreensão da situação
- o bem estar subjectivo
- a mestria no desempenho do seu papel
- o bem estar na relação enfermeiro- adolescente
- a satisfação das principais necessidades do adolescente e pais/ cuidadores (demonstram ter compreendido, aceitado, estarem motivados, menos preocupados...)
- a próxima vinda ao serviço de saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Diogo, P., **Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica – 1 processo de metamorfose da Experiência Emocional no acto de cuidar**, Lusociência, Loures, 2012
- Lopes, M., **A Relação Enfermeiro- Doente como Intervenção Terapêutica**, Formasau, Coimbra, 2006
- Ordem dos Enfermeiros (2010). **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**, série 1, nº3, volume 1, Lisboa
- Phaneuf, M., **Comunicação, Entrevista, relação de ajuda e validação**, Lusociência, Loures, 2002
- Salomé, J., **Relação de ajuda- guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional**, Petropolis, 1995

Apêndice III- Os Registos da
Consulta de Enfermagem do
Adolescente e a Linguagem CIPE:
Fenómenos e Intervenções de
Enfermagem

CONSULTA DE ADOLESCENTES- Fenómenos e Intervenções de Enfermagem: Linguagem CIPE

Papel Parental	
<p>Status:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adequação: Adequado/ Não adequado - Aprendizagem de habilidades dos pais para gerir o regime terapêutico da criança: Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento dos pais sobre alimentação: Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil: Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento dos pais sobre gestão do regime terapêutico da criança Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes com a criança Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento dos pais sobre recursos da comunidade Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento dos pais sobre tratamentos da criança Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre comportamento de promoção da saúde ao longo do desenvolvimento infantil Demonstrado/ Não demonstrado - Demonstração: Demonstrado/ Não demonstrado 	<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validar papel parental - Providenciar material de leitura - Facilitar a aprendizagem de habilidades para o desempenho do papel parental - Informar sobre os cuidados com o sol - Informar os pais sobre gestão do regime terapêutico da criança - Ensinar os pais sobre hábitos da criança - Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes - Ensinar os pais sobre regime medicamentoso da criança - Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde durante o desenvolvimento infantil - Ensinar sobre interacção social: socialização da criança - Ensinar sobre o desenvolvimento infantil - Ensinar sobre o papel parental durante os tratamentos - Ensinar sobre o papel parental em relação à criança - Ensinar sobre prestação de serviços na comunidade - Instruir os pais sobre o regime medicamentoso da criança

	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar os pais sobre o regime medicamentoso da criança - Explicar os tratamentos aos pais
--	---

Maturação Masculina/ Feminina	
Status: - Alteração Alterado/ Não alterado - Conhecimento sobre maturação masculina/ feminina: Demonstrado/ Não demonstrado	Intervenções: - Monitorizar altura corporal ⁴ - Monitorizar peso corporal ⁴ - Monitorizar índice de massa corporal (IMC) ⁴ - Monitorizar tensão arterial - Monitorizar dentes - Monitorizar maturação - Vigiar maturação - Ensinar sobre maturação masculina/ feminina

Menarca	
Status: - Conhecimento sobre auto-cuidado: higiene durante a menstruação: Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre interação social/fertilidade feminina: Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre maturação feminina: Demonstrado/ Não demonstrado - Crenças erróneas relacionadas com a menstruação: Presente/ Ausente	Intervenções: - Ensinar sobre auto-cuidado: higiene durante a menstruação - Ensinar sobre interação sexual/ fertilidade feminina - Ensinar sobre maturação feminina - Ensinar sobre prevenção da gravidez - Explicar crenças erróneas relacionadas com a menstruação

Menstruação

Status: - Alteração Alterado/ Não alterado - Conhecimento sobre menstruação Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre auto-controlo: dor Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre auto-cuidado higiene durante a menstruação: Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre maturação feminina: Presente/ Ausente - Crenças erróneas sobre a menstruação: Presente/ Ausente	Intervenções: - Ensinar sobre menstruação - Ensinar sobre auto-cuidado: higiene durante a menstruação - Ensinar sobre maturação feminina - Orientar a pessoa para serviços médicos - Explicar crenças erróneas relacionadas com a menstruação
---	--

Auto-cuidado: Higiene	
Status: - Conhecimento sobre auto-cuidado: higiene Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre prevenção da cárie dentária Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre técnica de lavagem dos dentes Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre técnica de utilização do fio dentário Demonstrado/ Não demonstrado - Demonstração Demonstrado/ Não demonstrado	Intervenções: - Ensinar hábitos de higiene da boca - Ensinar sobre auto-cuidado: higiene da boca - Incentivar o auto-cuidado: higiene - Incentivar visitas regulares ao dentista - Ensinar sobre prevenção da cárie dentária - Ensinar sobre técnica de lavagem dos dentes - Ensinar sobre técnica de utilização do fio dentário - Instruir sobre técnica de utilização do fio dentário - Instruir sobre auto-cuidado: higiene da boca - Instruir sobre técnica de lavagem dos dentes - Treinar técnica de lavagem dos dentes - Treinar técnica de utilização de fio dentário

Alimentar-se	
Status: - Alteração: Alterado/ Não Alterado - Conhecimento dos pais sobre hábitos alimentares saudáveis: Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre hábitos alimentares: Demonstrado/ Não demonstrado	Intervenções: - Ensinar os pais sobre hábitos alimentares saudáveis - Ensinar sobre hábitos alimentares - Incentivar a pessoa a alimentar-se - Planear a dieta - Requerer serviço de nutrição

Obstipação	
Status: - Aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir a obstipação Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento dos pais sobre prevenção da obstipação Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre hábitos alimentares Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre hábitos de eliminação intestinal Demonstrado/ Não demonstrado	Intervenções: - Auscultar o abdómen - Vigiar a eliminação intestinal - Vigiar sinais de impactação - Incentivar ingestão de líquidos - Ensinar os pais sobre estimulação da eliminação intestinal - Ensinar os pais sobre prevenção da obstipação - Ensinar sobre dieta - Ensinar sobre relação entre ingestão de alimentos e eliminação intestinal - Instruir os pais sobre estimulação da eliminação intestinal - Treinar os pais sobre estimulação da eliminação intestinal

Actividade física	
Status: - Conhecimento dos pais sobre auto-cuidado: actividade física Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre auto-cuidado: actividade física: Demonstrado/ Não demonstrado	Intervenções: - Ensinar os pais sobre actividade física - Ensinar sobre auto-cuidado: actividade física - Incentivar a actividade física - Negociar auto-cuidado: actividade física - Educar auto-cuidado: actividade física

Auto-cuidado: actividade recreativa	
Status: - Conhecimento dos pais sobre auto-cuidado: actividade recreativa Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre auto-cuidado: actividade de lazer Demonstrado/ Não demonstrado	Intervenções: - Planear o auto-cuidado: actividade recreativa - Assistir a pessoa no auto-cuidado: actividade recreativa - Incentivar actividades de lazer - Informar sobre actividades recreativas - informar sobre recursos da comunidade

Papel de estudante	
Status: - Demonstração: Demonstrado/ Não demonstrado	Intervenções: - Incentivar papel de estudante - Informar sobre papel de estudante - Orientar para serviços de saúde

Uso de contraceptivos	
Status: - Adequação: Adequado/Não Adequado - Aprendizagem de Habilidades para o uso de contraceptivos : Demonstrado/Não Demonstrado - Conhecimento sobre fertilidade: Demonstrado/Não Demonstrado - Conhecimento sobre o uso de contraceptivos: Demonstrado/Não Demonstrado - Conhecimento sobre reprodução: Demonstrado/Não Demonstrado - Negligência: Negligenciado/Não Negligenciado - Presença: Presente/Ausente	- Monitorizar frequência cardíaca - Monitorizar índice de massa corporal (IMC) - Monitorizar peso corporal - Monitorizar tensão arterial - Providenciar preservativos - Providenciar material de leitura - Assistir a pessoa a identificar os objectivos do uso de contraceptivos - Ensinar sobre fertilidade - Ensinar sobre hábitos de actividade sexual - Ensinar sobre reprodução - Ensinar sobre resposta ao medicamento: contraceptivo - Ensinar sobre uso de contraceptivos - Instruir sobre o uso de contraceptivos - Treinar o uso de contraceptivos - Orientar para a consulta de planeamento familiar - Orientar Antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência

Adesão à vacinação	
Status: - Conhecimento do encarregado de educação sobre vacinação: Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento dos pais sobre vacinação: Demonstrado/ Não demonstrado	Intervenções: - Vigiar resposta / reacção à vacina -Supervisar adesão à vacinação -Planear vacinação - Incentivar adesão à vacinação - Elogiar adesão à vacinação - Ensinar o encarregado de educação sobre vacinação - Ensinar pais sobre vacinação - Ensinar os pais sobre resposta à vacinação

Audição	
Status: - Alteração: Alterado/ Não alterado - Conhecimento dos pais sobre uso de equipamento: prótese auditiva Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre uso de equipamento: prótese auditiva Demonstrado/ Não demonstrado	Intervenções: - Vigiar audição - Incentivar a comunicação - Informar pais sobre equipamento: prótese auditiva - Orientar a pessoa para serviços médicos - Informar sobre o equipamento: prótese auditiva - Ensinar sobre equipamento: prótese auditiva

Visão	
Status: - Alteração: Alterado/ Não alterado - Conhecimento dos pais sobre uso de equipamento: óculos Demonstrado/ Não demonstrado - Conhecimento sobre prevenção de complicações da visão alterada Demonstrado/ Não demonstrado -Conhecimento sobre uso de equipamento: óculos Demonstrado/ Não demonstrado	Intervenções: - Monitorizar visão - Vigiar visão - Informar pais sobre equipamento: óculos - Orientar a pessoa para serviços médicos - Orientar a pessoa no ambiente - Ensinar sobre prevenção de complicações da visão alterada - Informar sobre o equipamento: óculos - Ensinar sobre equipamento: óculos

Uso de Tabaco	
Status: - Conhecimento sobre complicações do uso de tabaco Demonstrado/Não Demonstrado - Presença Presente/Ausente	Intervenções: - Planear a diminuição do consumo do tabaco - Planear o abandono do consumo de tabaco - Encorajar a diminuição do consumo de tabaco - Encorajar o abandono do consumo de tabaco - Reforçar crenças de saúde- Promover o apoio da família e outras pessoas significativas - Incentivar abandono do consumo de tabaco - Informar os pais da importância do exemplo para os filhos - Ensinar sobre complicações do uso de tabaco - Orientar a pessoa para grupos de suporte - Orientar a pessoa para serviços médicos - Orientar para serviços de saúde

Uso de álcool	
Status: - Conhecimento sobre complicações do uso de álcool Demonstrado/Não Demonstrado - Conhecimento sobre desvantagens do consumo do álcool Demonstrado/Não Demonstrado - Presença Presente/Ausente	Intervenções: - Facilitar apoio familiar ou de pessoas significativas - Reforçar crenças de saúde - Promover a recuperação de abuso do uso de álcool - Promover o apoio da família e outras pessoas significativas - Incentivar abandono do consumo de álcool - Informar os pais da importância do exemplo para os filhos - Ensinar sobre complicações do uso de álcool - Orientar a pessoa para grupos de suporte - Orientar a pessoa para serviços médicos

Uso de Drogas	
Status: - Conhecimento sobre complicações do uso de drogas Demonstrado/Não Demonstrado - Presença Presente/Ausente	Intervenções: - Identificar com a pessoa as dificuldades no processo de abandono de droga - Encorajar a diminuição do consumo de drogas - Encorajar o abandono do consumo de drogas - Reforçar crenças de saúde - Promover a recuperação do abuso no consumo de drogas - Promover o apoio da família e outras pessoas significativas - Incentivar o processo de abandono de drogas - Informar sobre legislação e regulamentação relativa ao processo de socialização - Informar sobre mecanismos de recaída - Ensinar sobre complicações do consumo de drogas - Orientar a pessoa para grupos de suporte - Orientar para serviços de saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- NANCY, R. LOGAN, W., TIERNEY, A. (2001) – **O Modelo de Enfermagem Nancy- Longan-Tierney. Baseado nas actividade de vida.** 1ª edição.Lisboa: Climepsi. ISBN: 972-796-013-8
- Mortensen, R., **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP- Versão Beta**, IGIF, 2000
- http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- *repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1920/1/589539_Tese.docx*, Acedido a 4 de Janeiro de 2012

Elaborado Por:

Catarina Florêncio

Aluna do 3º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria da ESEL
Janeiro/ 2013

Apêndice IV- Sessão de formação aos adolescentes: HPV

Agrupamento Centros Saúde Loures- Odivelas

*CANCRO DO COLO DO ÚTERO:
PAPILOMA VÍRUS HUMANO
- HPV -*



Enf.ª Catarina Florêncio

Febrero, 2013

- **Objectivo Geral:**

- Prestar conhecimentos sobre o cancro do colo do útero e HPV.

- **Objectivos Específicos:**

- Definir colo do útero, HPV e os seus diferentes tipos;
- Identificar sintomas e meios de transmissão;
- Reconhecer a importância dos meios de prevenção e detecção;
- Nomear os meios de tratamento.

CANCRO DO COLO DO ÚTERO

O que é o colo do útero?

- É a parte inferior do útero que liga o corpo do útero à vagina;



- A região onde a parte externa do colo do útero (exocolo) encontra a parte interna (endocolo) é muito sensível.

O que é o HPV?

Papiloma Vírus Humano:



- Facilmente transmissível por contacto genital com um portador(Exs: via sanguínea, canal do parto, uso de materiais contaminados (roupas íntimas, sabonetes,etc...)

Não é necessário ter relações sexuais!



- 100 tipos: alguns inofensivos (verrugas nas mãos e pés);
- Sexo masculino e feminino;
- Sintomático ou Assintomático;
- A maioria é contraído na adolescência.

Tipos de HPV

❖ **40 tipos** afectam a zona genital → 4 são responsáveis pelas doenças genitais mais frequentes:

- **“Alto- risco”**: lesões que podem evoluir para cancro colo útero (como o HPV **tipo 16 e 18***);
- **“Baixo- risco”**: condilomas genitais e alterações benignas no colo do útero (como o HPV **tipo 6 e 11***).

* Papilomatose Respiratória Recorrente (PRR) → durante o parto, pode ser transmitido à criança → doenças do aparelho respiratório → tumores não cancerosos na garganta.



Verruga genital



Condiloma Genital

Factores de risco

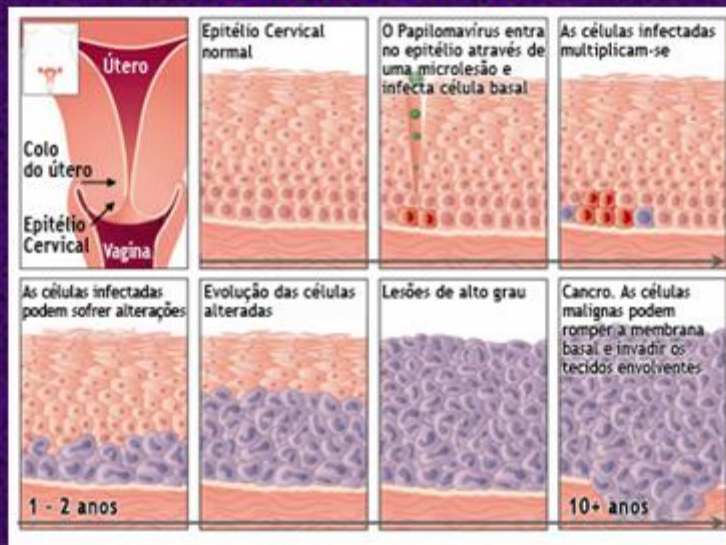
- Não realizar o exame de Papanicolau regularmente;
- Sistema Imunitário enfraquecido (VIH, etc...);
- Idade (> 40 anos);
- História Sexual;
- Tabagismo;
- Ter muitos filhos.

Sinais e Sintomas

- Hemorragia vaginal;
- Dor durante as relações sexuais;
- Corrimento vaginal anormal;
- Dores pélvicas;
- Condilomas e Verrugas.



Evolução das alterações do cancro do colo do útero

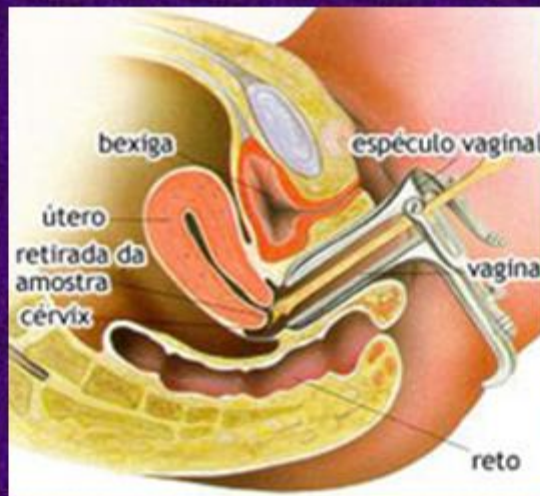


Detecção

- Exame Ginecológico e Citologia (Teste de Papanicolau)*;
- Teste de DNA do HPV (detecta presença de tipos de alto-risco → risco de progressão para cancro colo útero).



Citologia (Papanicolau)



Exames médicos adicionais

- Outra citologia → para confirmar a existência de células anómalas;
- Colposcopia → para examinar eventuais anomalias do colo do útero;
- Biópsia → para avaliar a existência de células pré-cancerosas.



Prevenção Primária

- Preservativo → Não protege completamente;
- Vacinação.



- **Nota:** a vacina não protege contra todos os genótipos de HPV nem contra outras infecções sexualmente transmissíveis!

Tratamento

- Não existe qualquer tratamento que elimine o vírus → remoção tecido afectado
- Cirurgia;
- Quimioterapia;
- Radioterapia.

Conclusão

- O tempo de progressão da infecção por HPV até ao cancro do colo do útero é longo (15 anos em média).
- É importante que a população tenha conhecimento sobre a doença em questão, nomeadamente no que se refere à forma de contacto, à prevenção e ao seu despiste.

DÚVIDAS ?



Referências Bibliográficas

- www.passapalavra.com;
- http://www.biblioteca.org.br/webcontent/br_biblioteca_bol..._de_uol;
- www.fococro.com;
- http://www.saberescompartilhados.com.br/saberes..._de_uol;
- <http://www.roche.pt/sites-tematicos/infocancro/index.cfm/tipos/cancro-do-colo-do-tero/ccu-factores-de-risco/>
- http://images.google.pt/imgres?imgurl=http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidia%3Dno/images/20060829-como_funciona_a_vacina.gif&imgrefurl=http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidia%3Dno/ult95u125425.shtml&h=793&w=550&sz=44&hl=pt-PT&start=49&um=1&tbnid=Otnpqa6Xh0r7rM:&tbnh=143&tbnw=99&prev=/images%3Fq%3Dcolo%2Bdo%2B%25C3%25BAtero%26start%3D36%26ndsp%3D18%26um%3D1%26hl%3Dpt-PT%26sa%3DN

ANEXOS

Anexo I- Características do atendimento juvenil

Características do atendimento juvenil

Segundo Prazeres (1998)*, o enfermeiro como prestador de cuidados no seio de uma equipa multidisciplinar, participa no atendimento a adolescentes e deve contribuir para melhorar os cuidados prestados, o que implica salvaguardar diversas características do atendimento juvenil, relacionadas com a:

- acessibilidade: o acesso fácil permite reduzir as barreiras económicas, as burocráticas e as de horário;
- visibilidade e reconhecimento: o modelo de organização do serviço e a prestação de cuidados deve ser divulgada, reconhecida e credibilizada entre os profissionais e a comunidade
- qualidade: qualquer que seja o modelo organizativo do serviço, devem ser assegurados os níveis mínimos de cuidados a todos os adolescentes, de modo a que estes obtenham um grau de satisfação elevado
- custo: a gratuidade no acesso é um fator que facilita a aproximação dos adolescentes aos serviços de saúde
- dimensão: os serviços devem assegurar cuidados globais e continuados, tendo em conta o carácter heterogéneo e multifatorial das questões da adolescência
- coordenação: deve ser adotada uma metodologia compreensiva das situações, utilizando estratégias interdisciplinares
- flexibilidade e diversidade: deve ser considerada a diversidade cultural, étnica e individual dos adolescentes
- participação juvenil: é importante ouvir o adolescente, estimulando a sua participação e ponderando as respetivas opiniões
- privacidade, confidencialidade e consentimento informado: devem ser considerados os princípios éticos e deontológicos. A confidencialidade é

uma das características mais valorizadas pelos adolescentes na sua relação com o profissional de saúde.

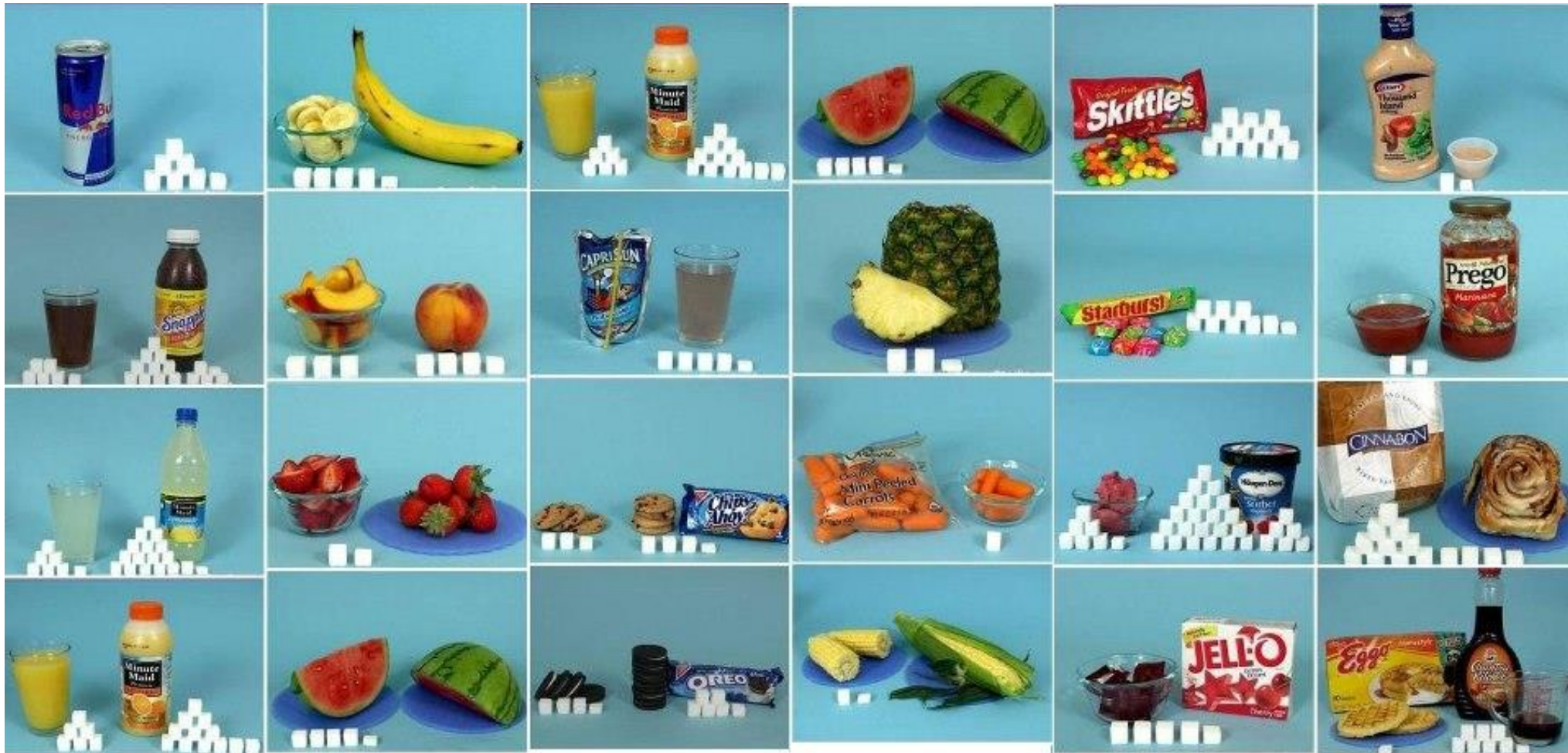
*Referência bibliográfica: Prazeres, V. et al. (1998). Saúde dos Adolescentes- Princípios Orientadores, DGS. Lisboa

Anexo II- Locais de Atendimento a Adolescentes

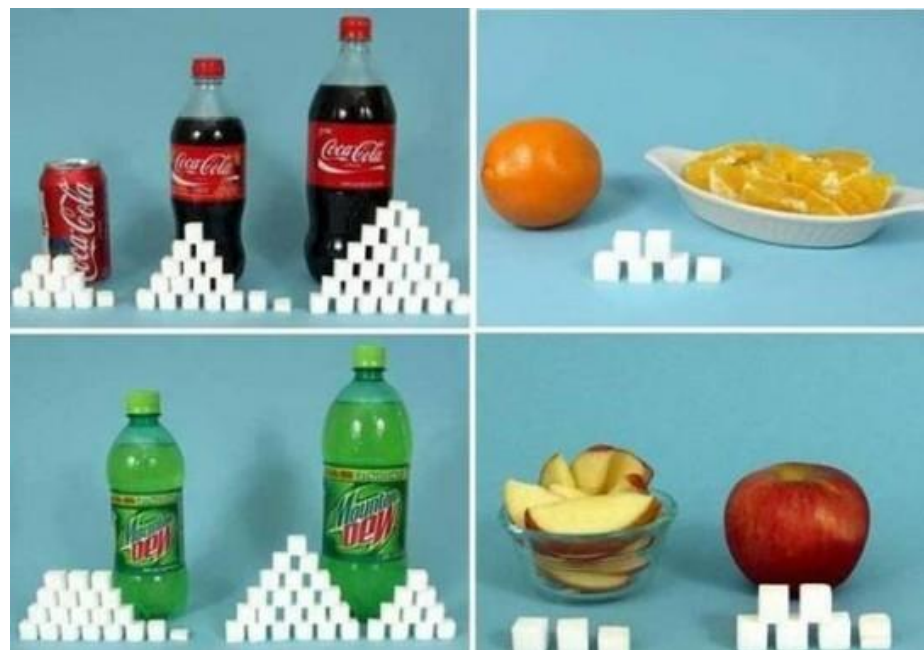
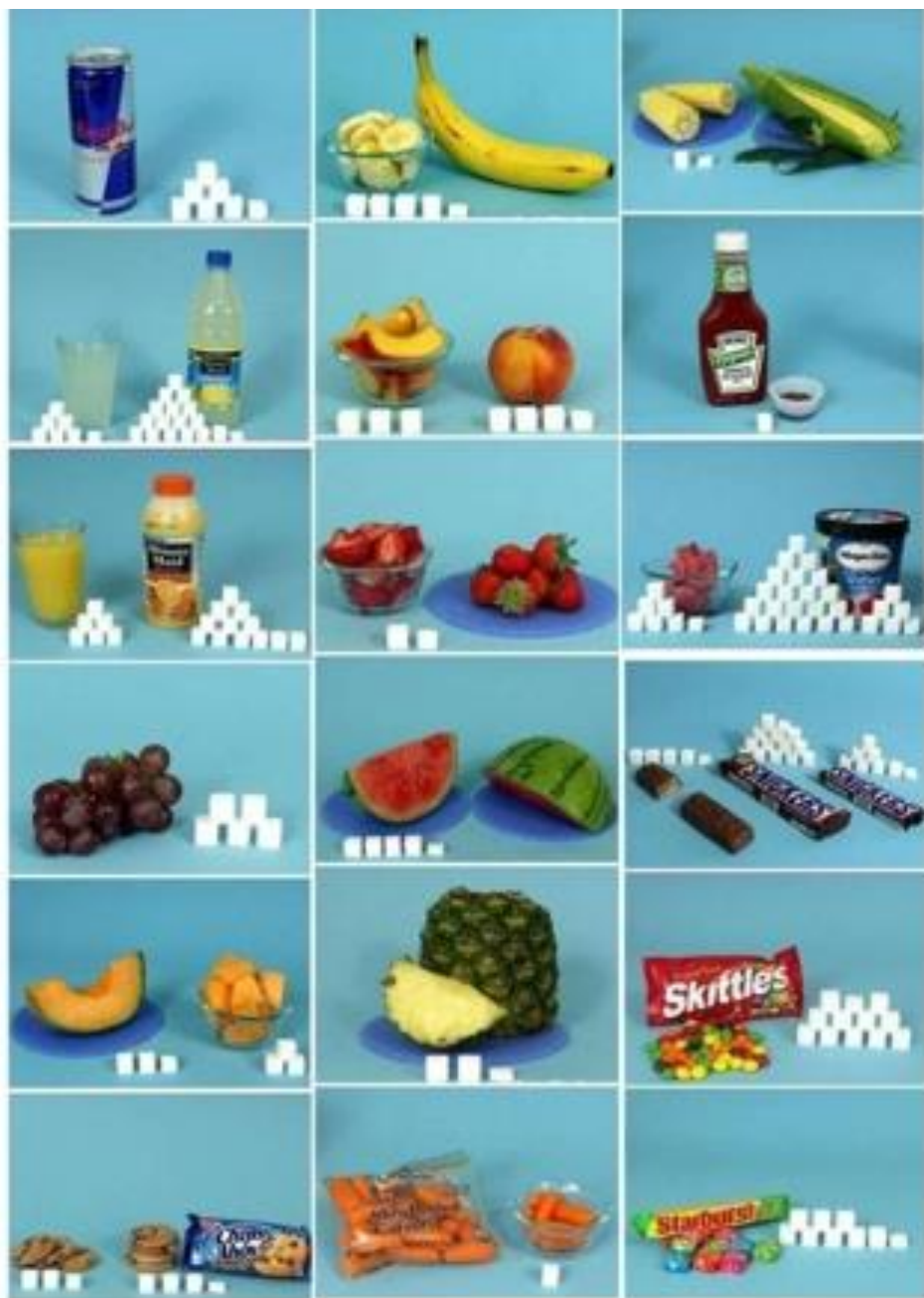
**LOCAIS DE ATENDIMENTO PARA ADOLESCENTES
NA REGIÃO DA GRANDE LISBOA**

LOCAL	MORADA	LOCALIDADE	CONTACTOS
Espaço Jovem	Rua de Nampula Lote A	2675- Odivelas	219317565
Olá Jovem	Avenida Brito Pais, nº2 R/C dto.	Reboleira- Amadora	214959783
Carnaxide Jovem	Praceta Teixeira de Pascoais, lote 6	2790- 155 Carnaxide	214171441/ 214170628
Espaço S	Loja Geração C- Av. Valbom nº21	Cascais	214815913 Espaço-s@geracao-c.com
Sorri Jovem	Avenida Chaby Pinheiro nº9 2ºdto.	Mem-Martins	219210081
Aparece	Rua Buenos Aires nº27 R/C dto.	1200- Lisboa	213932470/77 Aparece.caa@netcabo.pt
Saúde W Jovem	Rua Duque de Palmela nº2 7ºandar Rua Alexandre Herculano nº16 (Loja)	Lisboa	218104065 ussc.wjovem@scm.pt
Consulta de Adolescentes do Hospital D. Estefânia	Rua Jacinta Marto	Lisboa	213126690

Anexo III- Equivalência de açúcar nos alimentos







Anexo IV- A Roda dos Alimentos e Regras para uma alimentação saudável

A *Inova*

RODA DOS ALIMENTOS

... um guia para a escolha alimentar diária



COMA BEM, VIVA MELHOR!

FCNAUP
Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto



O QUE É UMA PORÇÃO?*	POR DIA quantas porções são necessárias?*
Cereais e derivados, tubérculos	4 a 11
1 pão (50g) 1 fatia fina de broa (70g) 1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g) 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) 6 bolachas - tipo Maria / água e sal (35g) 2 colheres de sopa de arroz / massa crus (35g) 4 colheres de sopa de arroz / massa cozinhados (110g)	
Hortícolas	3 a 5
2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g) 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)	
Fruta	3 a 5
1 peça de fruta - tamanho médio (160g)	
Lacticínios ***	2 a 3
1 chávena almoçadeira de leite (250ml) 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g) 2 fatias finas de queijo (40g) 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g) 1/2 requeijão - tamanho médio (100g)	
Carnes, pescado e ovos	1,5 a 4,5
Carnes / pescado crus (30g) Carnes / pescado cozinhados (25g) 1 ovo - tamanho médio (55g)	
Leguminosas	1 a 2
1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g) 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g) 3 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (80g)	
Gorduras e óleos	1 a 3
1 colher de sopa de azeite / óleo (10g) 1 colher de chá de banha (10g) 4 colheres de sopa de nata (30ml) 1 colher de sobremesa de manteiga / margarina (15g)	

Como se utiliza?

Diariamente devem comer-se porções de todos os grupos de alimentos.

O número de porções recomendado depende das necessidades energéticas individuais. As crianças de 1 a 3 anos devem guiar-se pelos limites inferiores e os homens activos e os rapazes adolescentes pelos limites superiores; a restante população deve orientar-se pelos valores intermédios.



chávena almoçadeira

copo de vidro



colher de
sopa

sobremesa

chá

* As equivalências alimentares apresentadas tiveram por base valores estabelecidos de nutrientes: Oligo/hidratos de carbono - nos grupos dos cereais e derivados, tubérculos (25g); hortícolas (5g) e fruta (14g); proteínas - no caso de lacticínios (5g) (onde também se teve em linha de conta o valor de cálcio - 200ml); carnes, pescado e ovo (5g) e leguminosas (5g); e lipídios para o grupo de gorduras e óleos (10g).

** Os valores limite (mínimo e máximo) das porções aqui recomendadas foram calculados para os valores energéticos de 1200kcal e 2000kcal, sendo a quantidade intermédia correspondente a um plano alimentar de 2000kcal.

*** A generalidade da população deve consumir 2 porções, com excepção de crianças e adolescentes, que necessitem de 3 porções.



A não esquecer...

BEBIDAS

Embora a água seja a melhor bebida para satisfazer a sede, pode também recorrer-se a outras bebidas que não contenham adição de açúcar, álcool ou cafeína. Os sumos de fruta naturais e os chás sem cafeína (camomila, cidreira, limão, tília...) são exemplos destas bebidas.

O café e alguns chás e refrigerantes contêm **cafeína**, substância estimulante cuja ingestão deve ser limitada a um máximo de 300mg por dia. No caso de crianças e adolescentes o seu consumo está desaconselhado.

Doses médias de cafeína (mg)			
1 Café cheio	125	1 Refrigerante de Cola	46
1 Café médio	115	1 Chávena de Chá	36
1 Café curto	104	1 Descafeinado	2

As bebidas alcoólicas contêm por definição, **álcool etílico ou etanol**. O seu consumo é totalmente desaconselhado a crianças, jovens, grávidas e aleitantes. Com moderação, e a acompanhar as refeições, os adultos podem consumi-las sem risco.

Bebida (grau alcoólico)	Ingestão máxima aconselhada / dia Homens	Mulheres
Cerveja (5°)	3 copos fino/imperial	2 copos fino/imperial
Vinho (12°)	2 copos pequenos	1 copo pequeno
Whisky (40°)	1/3 de copo	1/5 de copo

ACÚCAR E PRODUTOS ACÚCARADOS

Refrigerantes, bolos, chocolates, compotas, rebuçados e outros doces são exemplo de alimentos especialmente ricos em açúcar. O consumo deste tipo de alimentos deve ser feito, preferencialmente, no final das refeições, e a sua ingestão não deve ser diária mas sim restrita a ocasiões festivas.

A leitura cuidadosa dos rótulos é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor em açúcares. Sob a designação de açúcares engloba-se, por exemplo, sacarose (margarina de mesa), glucose, dextrose, frutose, maltose, lactose, açúcar invertido, mel, melaço, xarope de...

SAL E PRODUTOS SALGADOS

A quantidade de sal (quimicamente designado por cloreto de sódio - NaCl) ingerida por dia deve ser inferior a 5g. A melhor forma de satisfazer esta recomendação é moderar não só o consumo de produtos salgados (por ex: produtos de salchicharia/charcutaria, alimentos enlatados, batatas fritas, aperitivos, ...) mas também a utilização de sal em natureza.

A leitura atenta dos rótulos é fundamental na selecção de alimentos com reduzido teor de sal e sódio. O termo **sódio isolado** ou em combinação com outras palavras (por ex: cloreto de sódio) é utilizado para descrever a fonte de sódio presente no alimento.

A substituição do sal por ervas aromáticas (alho, alcarvi, alho, cebolinho, coentro, estragão, hortelã, louro, orégão, salsa, ...) e especiarias (acento, baunilha, canela, cardamomo, cominho, feno-greco, ...) na preparação e confeção de alimentos é uma boa forma de adicionar sabor e realçar a cor aos alimentos.

MANTER UM PESO SAUDÁVEL...

Seguir as recomendações da nova Roda dos Alimentos e praticar Actividade Física moderada e regular é fundamental para a obtenção de um peso corporal saudável.

Um simples passeio a pé com duração de pelo menos 30 minutos realizado diariamente, é um bom exemplo de actividade física moderada e regular.

Na população adulta, o Índice de Massa Corporal (IMC) é uma medida que permite avaliar a adequação entre peso e altura.

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{[\text{Altura (m)}]^2}$$

Se IMC...

- < 18,5 = baixo peso
- 18,5 — 24,9 = peso normal
- 25,0 — 29,9 = excesso de peso
- > 30,0 = obesidade

O que é?

A Roda dos Alimentos é uma imagem ou representação gráfica que ajuda a escolher e a combinar os alimentos que deverão fazer parte da alimentação diária.

É um símbolo em forma de círculo que se divide em segmentos de diferentes tamanhos que se designam por Grupos e que reúnem alimentos com propriedades nutricionais semelhantes.

A Roda dos Alimentos Portuguesa foi criada já em 1977 para a Campanha de Educação Alimentar "Saber comer é saber viver". A evolução dos conhecimentos científicos e as diversas alterações na situação alimentar portuguesa conduziram à necessidade da sua reestruturação.

A nova Roda dos Alimentos agora apresentada mantém o seu formato original, pois este é já facilmente identificado e associa-se ao prato vulgarmente utilizado. Por outro lado, e ao contrário da pirâmide, o círculo não hierarquiza os alimentos mas atribui-lhes igual importância.

A subdivisão de alguns dos anteriores grupos e o estabelecimento de porções diárias equivalentes constituem as principais alterações implementadas neste novo guia.



Como é constituída?

A nova Roda dos Alimentos é composta por 7 grupos de alimentos de diferentes dimensões, os quais indicam a proporção de peso com que cada um deles deve estar presente na alimentação diária:

- Cereais e derivados, tubérculos – 28%
- Hortícolas – 23%
- Fruta – 20%
- Lacteínicos – 18%
- Carnes, pescado e ovos – 5%
- Leguminosas – 4%
- Gorduras e óleos – 2%

A água, não possuindo um grupo próprio, está também representada em todos eles, pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos. Sendo a água imprescindível à vida, é fundamental que se beba em abundância diariamente. As necessidades de água podem variar entre 1,5 e 3 litros por dia.

Cada um dos grupos apresenta funções e características nutricionais específicas, pelo que todos eles devem estar presentes na alimentação diária, não devendo ser substituídos entre si.

Dentro de cada grupo estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes, podendo e devendo ser regularmente substituídos uns pelos outros de modo a assegurar a necessária variedade.



O que nos ensina?

De uma forma simples, a nova Roda dos Alimentos transmite as orientações para uma **Alimentação Saudável**, isto é, uma alimentação:

- › **completa** - comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;
- › **equilibrada** - comer maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão, de forma a ingerir o número de porções recomendado; e
- › **variada** - comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano.

Mantenha um peso adequado à sua estatural

Para que se mantenha o mais saudável possível, é fundamental que procure obter um equilíbrio entre a energia que consome e a energia que gasta – isto é, **não consuma mais energia do que aquela que consegue gastar, caso contrário vai ganhar peso!**

Qual é o peso certo?

Actualmente usa-se o Índice de Massa Corporal (IMC) para determinar se um adulto tem o peso adequado à sua estatura ou não. O IMC é um índice simples, fiável e fácil de usar que indica o número de quilos de peso por metro quadrado de superfície corporal que cada pessoa tem.

Como se calcula o Índice de Massa Corporal?

Dividindo o peso actual pela altura ao quadrado.

IMC = peso em Kg / altura² em metros

Por exemplo: Uma pessoa que meça 1,65m e pese 60 Kg, tem um IMC de:

$IMC = 60 / (1,65 \times 1,65) = 22,04$ — O que significa este valor?

Se o seu valor de IMC: for

**Inferior a 18,5 — é uma pessoa magra;
Baixo peso para a sua altura;**

**Entre 18,5 e 24,9 — tem um peso normal;
Peso adequado à sua altura;**

**Entre 25 e 29,9 — tem excesso de peso;
Pré-obesidade;**

**Superior a 30 — tem obesidade;
Peso muito excessivo para a sua altura.**

Assim, no exemplo apresentado (IMC = 22,04), a pessoa tem um peso normal!

Ter hábitos alimentares saudáveis não é sinónimo de uma alimentação restritiva ou monótona. Pelo contrário, um dos pilares fundamentais para uma alimentação saudável é a variedade.

Quanto mais variada for a sua selecção alimentar, melhor! Diferentes alimentos contribuem com diferentes nutrientes o que, garante que todas as necessidades nutricionais sejam satisfeitas.

Optar por hábitos alimentares mais saudáveis, não significa deixar de comer aqueles alimentos menos saudáveis que tanto gosta. O importante é que o consumo desses alimentos constitua a excepção e não a regra do seu dia a dia alimentar.

Encare a adopção de práticas alimentares mais saudáveis como uma oportunidade para experimentar novos alimentos e novos modos de confecção, que para além de serem apetitosos, são uma forma de contribuir para a melhoria do seu estado de saúde.



Direcção-Geral da Saúde

Texto e Fotografia: Vanessa Candeias
Divisão de Promoção e Educação para a Saúde
Direcção Geral da Saúde



Ministério da Saúde

Recomendações para uma Alimentação Diária mais Saudável!!



Direcção-Geral da Saúde



Ministério da Saúde

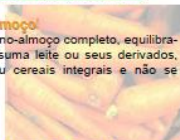
Actualmente sabe-se que os hábitos alimentares inadequados e a inactividade física são dois dos principais factores de risco para o aparecimento de doenças como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e até alguns tipos de cancro.

É por isso de primordial importância que todos adoptemos um estilo de vida mais saudável, cuidando dos nossos hábitos alimentares, praticando mais actividade física e não fumando!

RECOMENDAÇÕES PARA FAZER UMA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA MAIS SAUDÁVEL:

Tome sempre o pequeno-almoço!

Inicie o seu dia com um pequeno-almoço completo, equilibrado e saudável. Para isso consuma leite ou seus derivados, pão escuro ou de mistura ou cereais integrais e não se esqueça de incluir fruta fresca!



Evite estar mais de 3 horas e meia sem comer.

Faça pequenas merendas entre as três refeições principais e uma pequena ceia antes do deitar!



Diminua o consumo de sal!

Reduza a quantidade que usa para a confecção dos alimentos, opte por variedades aromáticas e especiarias para que os seus cozinhados fiquem mais apetitosos. Não adicione sal fino aos pratos já confecionados, para isso evite levar o saleiro para a mesa.

Evite o consumo de alimentos muito salgados (ex.: chouriço e outros produtos de charcutaria e salsicharia, determinados queijos, caldos concentrados, molhos pré-preparados, alimentos tipo fast-food, etc. ...).



Evite ingerir açúcar e produtos açucarados.

Não adicione açúcar ao leite, chá ou café. Procure habituar-se ao sabor natural destas bebidas! Evite consumir produtos ricos em açúcar (ex.: produtos de confeitaria e pastelaria, chocolates, gelados, rebuçados, mel, sobremesas açucaradas, gomas, refrigerantes, determinadas bolachas, etc.). Estes alimentos só devem ser consumidos ocasionalmente e de preferência após uma refeição.

Aumente o seu consumo de hortaliças e legumes!

Inicie sempre o almoço e o jantar com uma sopa rica em hortaliças e legumes; faça destes alimentos (em salada ou preparados de outras formas) um acompanhamento fundamental do seu prato.



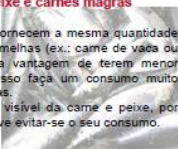
Aumente o seu consumo de fruta!

Lembre-se: "Para terminar a refeição em beleza, a fruta é a melhor sobremesa!". Prefira a fruta a outro tipo de sobremesas mais açucaradas. Nos intervalos entre as refeições, "engane" a fome comendo uma peça de fruta acompanhada de outro alimento (ex.: um pedaço de pão ou um iogurte...).

Consuma de preferência peixe e carnes magras (ex.: aves ou coelho).

O peixe e as carnes brancas fornecem a mesma quantidade de proteína que as carnes vermelhas (ex.: carne de vaca ou de outros mamíferos), com a vantagem de terem menor quantidade de gordura, por isso faça um consumo muito esporádico de carnes vermelhas.

A pele das aves e a gordura visível da carne e peixe, por serem prejudiciais à saúde, deve evitar-se o seu consumo.



Beba água simples em abundância ao longo do dia!

Chá e infusões sem adição de açúcar são uma maneira saudável e saborosa de consumir água! Evite os refrigerantes e bebidas artificiais à base de sumo de frutos que são geralmente pobres em nutrientes e ricos em açúcar.



Se consumir bebidas alcoólicas, faça-o com moderação!

Mulheres grávidas, crianças, adolescentes e jovens até aos 17 anos não devem consumir nenhuma porção de álcool!

Reduza o seu consumo total de gordura, em especial da gordura saturada, existente principalmente em produtos de origem animal.

Diminua não só a quantidade de gordura usada para cozinhar e temperar, mas também o consumo de alimentos com elevado teor de gordura (ex.: margarina, banha, manteiga, produtos de charcutaria e salsicharia, natas, molhos pré-preparados industrialmente, caldos concentrados, toucinho, massas folhadas, risssóis, etc. ...).

Prefira métodos de culinária simples, saudáveis e saborosos, tais como: estufados, cozidos e grelhados!

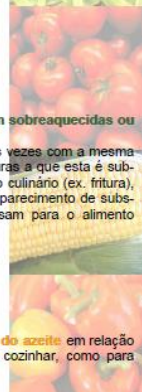
Se adicionar gordura aos seus assados no forno, que seja apenas azeite e em pouca quantidade. Evite o consumo de alimentos fritos, pois estes contêm grandes quantidades de gordura.

Nos alimentos grelhados não consuma as partes carbonizadas (queimadas), pois estas são muito prejudiciais para a sua saúde.

Não utilize gorduras que foram sobreaquecidas ou óleos queimados.

Evite cozinhar mais do que duas vezes com a mesma gordura, pois as altas temperaturas a que esta é submetida durante o processamento culinário (ex. fritura), levam à sua degradação e ao aparecimento de substâncias cancerígenas, que passam para o alimento enquanto este é cozinhado.

Privilegie sempre o consumo do azeite em relação às outras gorduras, tanto para cozinhar, como para temperar os pratos.



Apêndice IX-

Plano de sessão

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: “Atendimento ao Adolescente: manual da Consulta de Enfermagem do Adolescente - Exame Global de Saúde dos 12-13 anos”

Data: 12 de Fevereiro de 2013

Objetivo Geral

1. Sistematizar o papel do enfermeiro no atendimento a adolescentes, regulando e enquadrando a sua intervenção na vigilância de saúde dos adolescentes na consulta de EGS dos 12-13 anos.

Objetivo específico

1. Apresentar resumidamente a organização de conteúdos do manual no âmbito da intervenção do enfermeiro no atendimento a adolescentes na consulta de EGS

TEMÁTICAS	MÉTODO	MAE	TEMPO
INTRODUÇÃO - Apresentação do tema/ pertinência - Metodologia	Expositivo	Computador E Data show	5'
DESENVOLVIMENTO - Princípios que regem a intervenção do enfermeiro na abordagem ao adolescente - Organização e conteúdos do manual	Expositivo e Participativo		1 5'
CONCLUSÃO - Síntese das ideias principais.	Expositivo e Participativo		5 ,
AVALIAÇÃO - Aplicação de questionário de avaliação da sessão	Participativo	Questionário	5 ,

Apêndice X-

Questionário de avaliação da sessão

Questionário de Avaliação

Unidade de Saúde Familiar

Sessão de Formação “Atendimento ao Adolescente: manual da Consulta de Enfermagem do Adolescente - Exame Global de Saúde dos 12-13 anos”

Este questionário é anónimo e tem como objetivo avaliar a sessão a que acabou de assistir. Deste modo, como classifica:

1. A pertinência do tema abordado:

☐ Pouco Pertinente

☐ Pertinente

☐ Muito Pertinente

2. Os conteúdos abordados:

☐ Insuficientes

☐ Bons

☐ Muito Bons

3. A metodologia utilizada:

☐ Pouco Adequada

☐ Adequada

☐ Muito Adequada

4. Críticas / Sugestões:

Muito obrigada pela sua colaboração,

Catarina Florêncio